Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2012

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional

Badan Pusat Statistik

Kementerian Kesehatan

MEASURE DHS
ICF International

Agustus 2013

Laporan ini memuat temuan utama Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012. SDKI adalah bagian dari program internasional *Demograpic and Health Survey* (*DHS*), yang dirancang untuk mengumpulkan data fertilitas, keluarga berencana, dan kesehatan ibu dan anak.

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dan Kementerian Kesehatan. Pembiayaan survei disediakan oleh Pemerintah Indonesia. ICF International menyediakan bantuan teknis melalui proyek MEASURE DHS, sebuah program yang didanai oleh U.S. Agency for International Development (USAID).

Informasi tambahan tentang survei dapat diperoleh dari Direktorat Statistik Kependudukan dan Ketenagakerjaan BPS, Jalan Dr. Sutomo No. 6-8, Jakarta 10710, Indonesia (Telepon/fax 345-6285, e-mail: *demografi@bps.go.id*) atau Puslitbang Kependudukan, Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Jalan Permata 1, Halim Perdanakusumah, Jakarta 13650, Indonesia (Telepon/fax 800-8557, email: pusdu@bkkbn.go.id), atau Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Kementerian Kesehatan, Jalan Percetakan Negara 29, Jakarta 10560, Indonesia (Telepon 4261088, fax 4243935, email: sesban@litbang.depkes.go.id).

Informasi mengenai program DHS dapat diperoleh dari: MEASURE DHS, ICF International, 11785 Beltsville Drive, Suite 300, Calverton, MD 20705, USA; Telephone 301-572-0200; Fax 301-572-0999; E-mail: reports@measuredhs.com; Internet: www.measuredhs.com.

DAFTAR ISI

TABEL DAN GAMBAR ix
KATA PENGANTAR (BPS) xxi
KATA PENGANTAR (BKKBN) xxiii
KATA PENGANTAR (Kementerian Kesehatan) xxv
RINGKASAN xxvii
PETA INDONESIA xxxi

BAB 1 PENDAHULUAN

1.1 Geografi, Sejarah dan Ekonomi 1
1.2 Penduduk 2
1.3 Kebijakan dan Program Kependudukan dan Keluarga Berencana 3
1.4 Kebijakan dan Program Kesehatan 4
1.5 Tujuan Survei 5
1.6 Organisasi Survei 6
1.7 Kuesioner 6
1.8 Uji Coba, Pelatihan, dan Lapangan 7
1.8.1 Uji Coba 7
1.8.2 Pelatihan 7
1.8.3 Lapangan 8
1.9 Pengolahan Data 8
1.10 Hasil Kunjungan 8

BAB 2 KARAKTERISTIK PERUMAHAN DAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

2.1 Karakteristik Perumahan 11
2.1.1 Air Minum 12
2.1.2 Fasilitas Sanitasi Rumah Tangga 13
2.1.3 Karakteristik Perumahan 14
2.2 Kepemilikan Rumah Tangga 16
2.3 Indeks Kekayaan 17
2.4 Kebiasaan Mencuci Tangan 18
2.5 Anggota Rumah Tangga Menurut Umur dan Jenis Kelamin 19
2.6 Komposisi Rumah Tangga 21
2.7 Akte Kelahiran 21
2.8 Pendidikan Anggota Rumah Tangga 22

BAB 3 KARAKTERISTIK RESPONDEN

3.1 Karakteristik Responden 27
3.2 Tingkat Pendidikan 28
3.3 Kemampuan Membaca 30
3.4 Akses Terhadap Media Massa 32
3.5 Ketenagakerjaan 34
3.5.1 Status Pekerjaan 34
3.5.2 Jenis Pekerjaan 37
3.5.3 Karakteristik Pekerjaan Wanita 39
3.6 Cakupan Jaminan Kesehatan 40
3.7 Konsumsi Tembakau 42

BAB 4 PERKAWINAN DAN AKTIVITAS SEKSUAL

4.1 Status Perkawinan Saat Ini 45
4.2 Poligini 46
4.3 Median Umur Perkawinan Pertama 47
4.4 Umur Pertama Melakukan Hubungan Seksual 49
4.5 Median Umur Pertama Melakukan Hubungan Seksual 51
4.6 Aktivitas Seksual Terakhir 52

BAB 5 FERTILITAS

5.1 Evaluasi Data Fertilitas Pada SDKI 2012 55
5.2 Tingkat dan Tren Fertilitas 56
5.2.1 Tingkat Fertilitas 56
5.2.2 Perbedaan Angka Fertilitas Total dan Fertilitas Kumulatif 57
5.3 Tren Fertilitas 59
5.3.1 Tren Fertilitas Berdasarkan Riwayat Kelahiran 59
5.3.2 Tren Fertilitas Berdasarkan Perbandingan dengan Hasil SDKI Terdahulu 59
5.4 Anak Lahir Hidup dan Anak Masih Hidup 61
5.5 Jarak Antar Kelahiran 61
5.6 Amenore Postpartum, Abstinensi, dan Masa Tidak Subur Setelah Melahirkan 63
5.7 Menopause 66
5.8 Umur Pada Kelahiran Anak Pertama 66
5.9 Fertilitas Pada Umur Remaja 67

BAB 6 KEINGINAN MEMILIKI ANAK

6.1 Keinginan Menambah Anak 70
6.2 Jumlah Anak Ideal 74
6.3 Kelahiran Yang Direncanakan 77
6.4 Tingkat Fertilitas Yang Diinginkan..... 78

BAB 7 KELUARGA BERENCANA

7.1 Pengetahuan Mengenai Keluarga Berencana 79
7.1.1 Pengetahuan Mengenai Alat/Cara KB..... 79
7.1.2 Pengetahuan Tentang Masa Subur..... 81
7.1.3 Keterpajanan Terhadap Komunikasi, Edukasi, dan Informasi KB..... 82
7.1.4 Kontak Bukan Peserta KB Dengan Petugas KB 85

7.2 Pemakaian Alat/Cara KB Saat Ini 86
7.2.1 Pemakaian Kontrasepsi Saat Ini Menurut Umur 86
7.2.2 Pemakaian Kontrasepsi Menurut Karakteristik Latar Belakang 87
7.2.3 Tren Pemakaian Kontrasepsi Menurut Karakteristik Latar Belakang... 90
7.2.4 Waktu Operasi Sterilisasi..... 91
7.2.5 Sumber Pelayanan Kontrasepsi 91
7.2.6 Pemilihan Alat/Cara KB Berdasarkan Informasi Yang Diterima (Informed Choice) 92
7.2.7 Kualitas Pemakaian Pil..... 94
7.2.8 Kualitas Pemakaian Suntikan 95
7.2.9 Masalah Dengan Kontrasepsi Yang Sedang Dipakai Saat Ini 96
7.2.10 Biaya Pemakaian Kontrasepsi 96

7.3 Tidak Pakai Kontrasepsi dan Keinginan Untuk Pakai Kontrasepsi di Masa Mendatang 98
7.3.1 Tingkat Putus Pakai 98
7.3.2 Alasan Putus Pakai Metode Kontrasepsi 99
7.3.3 Kebutuhan Pelayanan Keluarga Berencana..... 100
7.3.4 Keinginan Untuk Memakai Alat/Cara di Masa Mendatang 104
7.3.5 Alasan Untuk Tidak Memakai KB 105

BAB 8 KEMATIAN BAYI DAN ANAK

8.1 Evaluasi Kualitas Data..... 108
8.2 Tingkat dan Tren Kematian Bayi dan Anak 110
8.3 Perbedaan Sosial-Ekonomi Pada Kematian Bayi dan Anak..... 112
8.4 Perbedaan Demografis Pada Kematian Bayi dan Anak..... 113
8.5 Kematian Perinatal 115
8.6 Perilaku Fertilitas Dengan Risiko Tinggi 116

BAB 9 KESEHATAN REPRODUKSI

9.1 Pemeriksaan Kehamilan 119
9.1.1 Pemeriksaan Kehamilan 119
9.1.2 Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan dan Saat Kunjungan Pertama 121
9.1.3 Komponen Pemeriksaan Kehamilan 122
9.1.4 Imunisasi Tetanus Toksoid 123
9.1.5 Komplikasi Kehamilan 125
9.2 Persalinan 126
9.2.1 Tempat Persalinan 127
9.2.2 Penolong Persalinan 128
9.2.3 Persiapan Persalinan 130
9.2.4 Komplikasi Selama Persalinan 131
9.3 Perawatan Nifas 132
9.3.1 Waktu Perawatan Nifas Pada Ibu 132
9.3.2 Tenaga Kesehatan Yang Melakukan Perawatan Nifas Pada Ibu 133
9.3.3 Waktu Kunjungan Pertama Pada Bayi Baru Lahir 134
9.3.4 Tenaga Kesehatan Yang Melakukan Kunjungan Pertama Pada Bayi Baru Lahir 136

9.4 Masalah Dalam Mendapatkan Pelayanan Kesehatan 136

BAB 10 KESEHATAN ANAK

10.1 Ukuran Anak Saat Lahir 139
10.2 Imunisasi Anak 141
10.2.1 Cakupan Imunisasi Anak Umur 12-23 Bulan 142
10.3 Penyakit Anak dan Pengobatan 147
10.3.1 Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA) 148
10.3.2 Demam 149
10.3.3 Diare 150
10.4 Pembuangan Tinja Anak 156

BAB 11 PEMBERIAN MAKANAN PADA ANAK

11.1 Pemberian Awal Air Susu Ibu 159
11.2 Pola Dalam Pemberian ASI Menurut Umur 161
11.3 Lama Pemberian ASI 163
11.4 Jenis Makanan Pendamping ASI 164
11.5 Pemberian Makanan Bayi dan Anak 166
11.6 Konsumsi Zat Gizi Mikro Pada Anak 169
11.7 Asupan Zat Gizi Mikro Pada Ibu 171

BAB 12 PENGETAHUAN, SIKAP, PERILAKU TENTANG HIV-AIDS DAN ISU TERKAIT

12.1 Pengetahuan HIV-AIDS, Penularan, Dan Cara Pencegahan 174
12.1.1 Pengetahuan HIV-AIDS 174
12.1.2 Pengetahuan Tentang Cara Pencegahan HIV 176
12.1.3 Pengetahuan Komprehensif Tentang AIDS 178
12.1.4 Pengetahuan Tentang Pencegahan Penularan HIV dari Ibu Kepada Anaknya 180

12.2 Sikap Menerima Terhadap Mereka Yang Tinggal Dengan Penderita HIV-AIDS Dan Sikap Untuk Bernegosiasi Terhadap Hubungan Seksual Yang Aman Dengan Suami 181
12.2.1 Sikap Menerima Terhadap Mereka Yang Tinggal Bersama Penderita HIV-AIDS 181
12.2.2 Sikap Bernegosiasi Terhadap Seks Yang Aman Dengan Suami 184

12.3 Biaya Untuk Hubungan Seksual Dan Penggunaan Kondom Saat Hubungan Seksual Terakhir 185
12.4 Laporan Infeksi Menular Seksual dan Gejalanya 186
12.5 Prevalensi Suntikan Medis 187
12.6 Pengetahuan Komprehensif Tentang AIDS Dan Tempat Memperoleh Kondom Di Kalangan Remaja 189
12.7 Umur Pertama Kali Melakukan Hubungan Seks Di Kalangan Remaja 190
12.8 Sumber Informasi Tentang HIV-AIDS 191
12.9 Wanita Umur 15-49 Tahun Dan Pria Kawin Umur 15-54 Tahun Yang Mencari Pengobatan Untuk IMS 193

BAB 13 PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DAN KONDISI DEMOGRAFI DAN KESEHATAN

13.1 Pekerjaan dan Pendapatan Pria dan Wanita Berstatus Kawin 195
13.2 Kontrol Pendapatan 196
13.2.1 Kontrol Pendapatan dan Besaran Relatif Pendapatan Wanita 196
13.2.2 Kontrol Pendapatan Pria 197
13.2.3 Kontrol Wanita Atas Pendapatan Mereka Sendiri dan Pendapatan Suami 198
13.3 Kepemilikan Aset Pria dan Wanita 199
13.4 Partisipasi Dalam Pengambilan Keputusan 201
13.5 Sikap Terhadap Pemukulan Istri 204
13.6 Indikator Pemberdayaan Wanita 207
13.7 Pemberdayaan Wanita dan Indikator Kesehatan 208

BAB 14 PERAN SERTA PRIA DALAM PERAWATAN KESEHATAN KELUARGA

14.1 Pemeriksaan Selama Kehamilan 213
14.2 Persiapan Kelahiran 215
14.3 Kontak Dengan Tenaga Kesehatan 216
14.4 Perawatan Diare 217
14.5 Pengetahuan Tentang Imunisasi Anak 218

BAB 15 KEMATIAN DEWASA DAN MATERNAL

15.1 Data 221
15.2 Estimasi Langsung Kematian Dewasa 223
15.3 Estimasi Kematian Maternal 225
15.4 Tren Angka Kematian Maternal 226

DAFTAR PUSTAKA 229

LAMPIRAN A TABEL-TABEL PROVINSI 235

LAMPIRAN B DESAIN SURVEI

B.1 Pendahuluan 333
B.2 Desain Sampel dan Implementasi 333

LAMPIRAN C ESTIMASI KESALAHAN SAMPLING 343

LAMPIRAN D TABEL KUALITAS DATA 381

LAMPIRAN E STAF SURVEI DEMOGRAFI DAN KESEHATAN INDONESIA 2012 387

LAMPIRAN F DAFTAR PERTANYAAN 403

TABEL DAN GAMBAR

BAB 1 PENDAHULUAN

Tabel 1.1 Parameter demografi 2
Tabel 1.2 Hasil wawancara rumah tangga dan perseorangan..... 9

BAB 2 KARAKTERISTIK PERUMAHAN DAN ANGGOTA RUMAH TANGG

Tabel 2.1 Air minum rumah tangga..... 12
Tabel 2.2 Fasilitasi sanitasi rumah tangga..... 14
Tabel 2.3 Karakteristik rumah tangga 15
Tabel 2.4 Kepemilikan rumah tangga..... 16
Tabel 2.5 Kuintil kekayaan..... 18
Tabel 2.6 Perilaku mencuci tangan..... 19
Tabel 2.7 Anggota rumah tangga menurut umur, jenis kelamin, dan daerah tempat tinggal 20
Tabel 2.8 Komposisi rumah tangga..... 21
Tabel 2.9 Pencatatan kelahiran anak umur di bawah lima tahun (balita)..... 22
Tabel 2.10.1 Pencapaian tingkat pendidikan anggota rumah tangga wanita..... 23
Tabel 2.10.2 Pencapaian tingkat pendidikan anggota rumah tangga pria 24

Gambar 2.1 Piramida Penduduk Indonesia 20
Gambar 2.2 Angka Partisipasi Sekolah Penduduk De Facto Umur 5-24 Tahun..... 25

BAB 3 KARAKTERISTIK RESPONDEN

Tabel 3.1 Distribusi responden menurut karakteristik latar belakang responden..... 28
Tabel 3.2.1 Tingkat pendidikan: Wanita..... 29
Tabel 3.2.2 Tingkat pendidikan: Pria 30
Tabel 3.3.1 Kemampuan membaca pada: Wanita 31
Tabel 3.3.2 Kemampuan membaca pada: Pria 31
Tabel 3.4.1 Akses wanita terhadap media 33
Tabel 3.4.2 Akses pria terhadap media..... 34
Tabel 3.5.1 Status pekerjaan: wanita 35
Tabel 3.5.2 Status pekerjaan: pria 37
Tabel 3.6.1 Jenis pekerjaan: wanita..... 38
Tabel 3.6.2 Jenis pekerjaan: pria 39
Tabel 3.7 Karakteristik pekerjaan: wanita..... 40
Tabel 3.8.1 Cakupan jaminan kesehatan untuk wanita 41
Tabel 3.8.2 Cakupan jaminan kesehatan untuk pria..... 42
Tabel 3.9.1 Merokok bagi wanita..... 43
Tabel 3.9.2 Merokok bagi pria 44

Gambar 3.1 Status pekerjaan wanita dalam 12 bulan terakhir..... 36

BAB 4 PERKAWINAN DAN AKTIVITAS SEKSUAL

Tabel 4.1 Status perkawinan 46
Tabel 4.2 Jumlah istri dari pria kawin 47
Tabel 4.3 Median umur kawin pertama menurut karakteristik 48
Tabel 4.4 Umur pertama melakukan hubungan seksual 50
Tabel 4.5 Median umur pertama melakukan hubungan seksual menurut karakteristik latar belakang 51
Tabel 4.6 Aktivitas seksual terakhir : wanita 53

Gambar 4.1 Tren Median umur kawin pertama dari wanita pernah kawin umur 25-49 tahun, Indonesia 1991-2012 49

BAB 5 FERTILITAS

Tabel 5.1 Angka Fertilitas 56
Tabel 5.2 Angka fertilitas menurut karakteristik latar belakang 58
Tabel 5.3 Angka fertilitas menurut umur 59
Tabel 5.4 Tren angka fertilitas 60
Tabel 5.5 Anak lahir hidup dan anak masih hidup 61
Tabel 5.6 Jarak antar kelahiran 62
Tabel 5.7 Amenore postpartum, abstinensi, dan tidak subur setelah melahirkan 64
Tabel 5.8 Median lamanya amenore pospartum, abstinensi dan masa tidak subur setelah melahirkan 65
Tabel 5.9. Menopause 66
Tabel 5.10 Umur melahirkan pertama 66
Tabel 5.11 Median umur persalinan pertama 67
Tabel 5.12 Fertilitas Remaja 68

Gambar 5.1 Angka Kelahiran Menurut Kelompok Umur 2007-2012 57
Gambar 5.2 Tren Angka Kelahiran Total, SDKI 1991-2012 60
Gambar 5.3 Persentase kelahiran dalam tiga tahun terakhir yang ibunya belum haid atau belum melakukan hubungan seksual SDKi 2012 64

BAB 6 KEINGINAN MEMILIKI ANAK

Tabel 6.1 Keinginan mempunyai anak menurut jumlah anak masih hidup 70
Tabel 6.2.1 Keinginan untuk tidak mempunyai anak lagi : wanita 72
Tabel 6.2.2 Keinginan untuk tidak mempunyai anak lagi : pria 73
Tabel 6.3 Jumlah anak ideal menurut jumlah anak masih hidup 75
Tabel 6.4 Rata-rata jumlah anak ideal 76
Tabel 6.5 Status perencanaan kelahiran 77
Tabel 6.6 Angka fertilitas yang diinginkan 78

Gambar 6.1 Keinginan memiliki anak menurut anak lahir hidup pada wanita kawin umur 15-49 tahun 71

BAB 7 KELUARGA BERENCANA

Tabel 7.1 Pengetahuan tentang alat/cara KB 80
Tabel 7.2 Pengetahuan alat/cara KB menurut karakteristik latar belakang 81
Tabel 7.3 Pengetahuan tentang masa subur 81
Tabel 7.4.1 Keterpajanan terhadap pesan KB di media elektronik dan media cetak: wanita kawin 83
Tabel 7.4.2 Keterpajanan terhadap pesan Kb di media eletronik dan media cetak: pria kawin 83
Tabel 7.5 Pesan KB melalui petugas: wanita berstatus menikah 85
Tabel 7.6 Kontak wanita bukan peserta KB dengan petugas KB atau pelayanan KB 85
Tabel 7.7.1 Pemakaian kontrasepsi saat ini: wanita 86
Tabel 7.7.2 Pemakaian kontrasepsi saat ini: pria 87
Tabel 7.8.1 Pemakaian kontrasepsi saat ini menurut karakteristik latar belakang: semua wanita 88
Tabel 7.8.2 Pemakaian kontrasepsi saat ini menurut karakteristik latar belakang: wanita berstatus kawin 89
Tabel 7.9 Tren pemakaian alat/cara KB tertentu, Indonesia 1991-2012 90
Tabel 7.10 Waktu sterilisasi 91
Tabel 7.11 Sumber pelayan alat/cara KB modern 92
Tabel 7.12 *Informed choice* 93
Tabel 7.13 Kualitas pemakai pil 95
Tabel 7.14 Kualitas pemakaian suntikan 96
Tabel 7.15 Masalah dengan pemakai kontrasepsi yang sedang dipakai saat ini 96
Tabel 7.16 Pembayaran untuk alat/cara kontrasepsi dan jasa pelayanan 97
Tabel 7.17 Biaya rata-rata alat/cara KB dan pelayanan 98
Tabel 7.18 Tingkat putus pakai kontrasepsi 99
Tabel 7.19 Alasan berhenti memakai alat/cara KB 100
Tabel 7.20 Keinginan untuk menperoleh pelayanan KB diantara wanita kawin 102
Tabel 7.21 Kebutuhan KB yang tidak terpenuhi, pemakaian saat ini, dan kebutuhan pelayanan KB Indonesia 1991-2012 103
Tabel 7.22 Keinginan memakai alat/cara KB pada waktu yang akan datang 104
Tabel 7.23 Alasan tidak ingin memakai kontrasepsi 105

Gambar 7.1 Pemakaian kontrasepsi wanita kawin umur 15-49, SDKI 1991 – SDKI 2012 90
Gambar 7.2 Tren Kebutuhan KB yang tidak terpenuhi, 1998-2012 104

BAB 8 TIDAK PAKAI KONTRASEPSI DAN KEINGINAN UNTUK PAKAI KONTRASEPSI

Tabel 8.1 Angka kematian anak 110
Tabel 8.2 Tren kematian angka anak 110

Tabel 8.3 Angka kematian anak menurut karakteristik sosial ekonomi 113
Tabel 8.4 Angka kematian anak menurut karakteristik demografi 114
Tabel 8.5 Kematian Perinatal 115
Tabel 8.6 Kelahiran risiko tinggi 116

Gambar 8.1 Pelaporan umur kematian dalam bulan 109
Gambar 8.2 Tren angka kematian bayi dan balita, SDKI 1991-2012 111
Gambar 8.3 Tren kematian kematian bayi dari berbagai sumber, Indonesia 1991-2012 112

BAB 9 KESEHATAN REPRODUKSI

Tabel 9.1 Pemeriksaan Kehamilan 120
Tabel 9.2 Jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan dan saat kunjungan 121
Tabel 9.3 Komponen pemeriksaan kehamilan 123
Tabel 9.4 Imunisasi tetanus toksoid 124
Tabel 9.5 Komplikasi selama kehamilan 125
Tabel 9.6 Tempat Persalinan 127
Tabel 9.7 Penolong persalinan kualifikasi tertinggi 129
Tabel 9.8 Penolong persalinan kualifikasi terendah 130
Tabel 9.9 Persiapan kelahiran 132
Tabel 9.10 Komplikasi selama persalinan 132
Tabel 9.11 Waktu pertama kali perawatan nifas pada ibu 133
Tabel 9.12 Tenaga kesehatan yang melakukan perawatan nifas pada ibu 134
Tabel 9.13 Waktu pemeriksaan pertama pada bayi baru lahir 135
Tabel 9.14 Tenaga kesehatan yang melakukan pemeriksaan pada bayi baru lahir 136
Tabel 9.15 Masalah mendapatkan pelayanan kesehatan 137

Gambar 9.1 Jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan saat kunjungan pertama 122
Gambar 9.2 Tindakan dalam menghadapi komplikasi kehamilan 126
Gambar 9.3 Tren persen persalinan di fasilitas kesehatan dan rumah 128

BAB 10 KESEHATAN ANAK

Tabel 10.1 Berat dan panjang badan saat lahir 140
Tabel 10.2 Imunisasi menurut sumber informasi 143
Tabel 10.3 Imunisasi menurut karakteristik latar belakang 145
Tabel 10.4 Prevalensi dan pengobatan infeksi saluran pernafasan akut (ISPA) 148
Tabel 10.5 Prevalensi dan pengobatan demam 150
Tabel 10.6 Prevalensi diare 151
Tabel 10.7 Pengetahuan tentang paket oralit 152
Tabel 10.8 Pengetahuan diare 154
Tabel 10.9 Kebiasaan pemberiaan makanan selama diare 155
Tabel 10.10 Pembuangan tinja anak 157

Gambar 10.1 Berat lahir dan ukuran lahir berdasarkan pendidikan ibu 141
Gambar 10.2 Imunisasi anak umur 12 bulan (berdasarkan KMS dan pengakuan ibu) 143

Gambar 10.3 Tren cakupan imunisasi kecuali Hepatitis B 147
Gambar 10.4 Tren pengetahuan dan penggunaan paket oralit untuk pengobatan diare anak 152
Gambar 10.5 Tren pemberian makanan selama diare, SDKI 1997, SDKI 2002-2003, SDKI 2007, dan SDKI 2012..... 156

BAB 11 PEMBERIAN MAKANAN PADA ANAK

Tabel 11.1 Pemberian ASI awal 160
Tabel 11.2 Status pemberian ASI menurut umur 162
Tabel 11.3 Median lama menyusui..... 164
Tabel 11.4 Makanan dan minuman yang dikonsumsi anak pada siang atau malam hari sebelum survei 166
Tabel 11.5 Praktik pemberian makanan pada bayi dan anak (PPMBA) 168
Tabel 11.6 Asupan zat gizi mikro pada anak..... 171
Tabel 11.7 Konsumsi zat gizi mikro pada ibu 172

Gambar 11.1 Persentase anak menurut kelompok umur dalam bulan status pemberian ASI dan makanan tambahan, SDKI 2012 162
Gambar 11.2 Praktik pemberian makanan pada bayi dan anak (PPMA) dan status pemberian ASI 163
Gambar 11.3 Indikator praktik pemberian makanan pada bayi dan anak (PPMBA) yang minimal diterima anak 167

BAB 12 PENGETAHUAN, SIKAP, PERILAKU TENTANG HIV/AIDS DAN ISU TERKAIT

Tabel 12.1 Pengetahuan tentang AIDS..... 175
Tabel 12.2 Pengetahuan cara pencegahan HIV 177
Tabel 12.3.1 Pengetahuan komprehensif tentang AIDS: Wanita Umur 15-49 tahun 179
Tabel 12.3.2 Pengetahuan komprehensif tentang AIDS: Pria kawin umur 15-54 tahun..... 180
Tabel 12.4 Pengetahuan tentang pencegahan penularan HIV kepada anak melalui ibu 181
Tabel 12.5.1 Sikap menerima terhadap orang yang tinggal dengan HIV/AIDS : Wanita umur 15-49 tahun 183
Tabel 12.5.2 Sikap menerima terhadap orang yang tinggal dengan HIV/AIDS : Pria kawin umur 15-49 tahun 184
Tabel 12.6 Sikap terhadap negosiasi berhubungan seksual yang aman dengan suami 185
Tabel 12.7 Biaya untuk hubungan seksual dan penggunaan kondom saat hubungan seksual terakhir..... 186
Tabel 12.8 Prevalensi infeksi menular seksual (IMS) dan gejala IMS 187
Tabel 12.9 Prevalensi suntikan medis 188
Tabel 12.10 Pengetahuan komprehensif tentang AIDS dan sumber kondom di kalangan pemuda 190
Tabel 12.11 Umur pertama kali berhubungan seksual di kalangan remaja..... 191
Tabel 12.12.1 Sumber informasi tentang HIV/AIDS: Wanita umur 15-49 tahun 192

Tabel 12.12.2 Sumber informasi tentang HIV/AIDS: Pria kawin umur 15-54 tahun 19

Gambar 12.1 Pengetahuan AIDS menurut pendidikan, Indonesia 2012 176
Gambar 12.2 Wanita umur 15-49 dan pria kawin umur 15-54 yang mencari pengobatan untuk infeksi menular seksual, Indonesia 2012 194

BAB 13 PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DAN KONDISI DEMOGRAFI DAN KESEHATAN

Tabel 13.1 Pekerjaan dan pendapatan pria dan wanita yang berstatus kawin 196
Tabel 13.2.1 Kontrol atas pendapatan wanita dan besar relatif pendapatan wanita 197
Tabel 13.2.2 Kontrol atas pendapatan pria 198
Tabel 13.3 Kontrol wanita atas pendapatannya sendiri dan pendapatan suami 199
Tabel 13.4.1 Kepemilikan barang : Wanita 200
Tabel 13.4.2 Kepemilikan barang : Pria 201
Tabel 13.5 Partisipasi dalam pengambilan keputusan 202
Tabel 13.6.1 Partisipasi wanita dalam pengambilan keputusan menurut latar belakang karakteristik 203
Tabel 13.6.2 Partisipasi pria dalam pengambilan keputusan menurut latar belakang karakteristik 204
Tabel 13.7.1 Sikap pada pemukulan terhadap istri : Wanita 205
Tabel 13.7.2 Sikap pada pemukulan terhadap istri : Pria 207
Tabel 13.8 Indikator pemberdayaan wanita 208
Tabel 13.9 Penggunaan alat kontrasepsi menurut pemberdayaan perempuan 209
Tabel 13.10 Pemberdayaan perempuan dan jumlah anak ideal dan *unmet need* untuk keluarga berencana 210
Tabel 13.11 Kesehatan reproduksi menurut pemberdayaan wanita 210
Tabel 13.12 Angka kematian bayi yang lahir prematur menurut status wanita 211

Gambar 13.1 Partisipasi wanita berstatus kawin berdasarkan jumlah keputusan 202

BAB 14 PERAN SERTA PRIA DALAM PERAWATAN KESEHATAN KELUARGA

Tabel 14.1 Perawatan ibu selama kehamilan 214
Tabel 14.2 Persiapan kelahiran 215
Tabel 14.3 Kontak dengan tenaga kesehatan tentang kesehatan dan kehamilan ibu 216
Tabel 14.4 Pengetahuan suami mengenai perawatan diare 218
Tabel 14.5 Pengetahuan tentang imunisasi anak 219

BAB 15 KEMATIAN DEWASA DAN MATERNAL

Tabel 15.1 Kelengkapan informasi data mengenai saudara kandung 223
Tabel 15.2 Jumlah saudara kandung dan rasio jenis kelamin 223
Tabel 15.3 Rata-rata kematian dewasa 224

Tabel 15.4 Kematian maternal 226
Tabel 15.5 Probabilitas kematian dewasa 228

Gambar 15.1 Tren angka kematian dewasa umur 15-49(per 1000 penduduk) menurut jenis kelamin, SDKI 1997-2012 224
Gambar 15.2 Rasio kematian maternal dengan tingkat kepercayaan untuk lima tahun sebelum survei SDKI 2007 dan SDKI 2012 227
Gambar 15.3 Perubahan angka kematian wanita dewasa dan PMDF, SDKI 1994-2012 227

LAMPIRAN A TABEL-TABEL MENURUT PROVINSI

Tabel A-2.1 Perilaku mencuci tangan 235
Tabel A-2.2 Pencapaian tingkat pendidikan anggota rumah tangga perempuan 236
Tabel A-2.3 Pencapaian tingkat pendidikan anggota rumah tangga pria 237
Tabel A-3.1 Karakteristik latar belakang respoden 238
Tabel A-3.2.1 Tingkat pendidikan: wanita 239
Tabel A-3.2.2 Tingkat pendidikan: pria 240
Tabel A-3.3.1 Kemampuan membaca : wanita 241
Tabel A-3.3.2 Kemampuan membaca : pria 242
Tabel A-3.4.1 Keterpajanan terhadap media massa : wanita 243
Tabel A-3.4.2 Keterpajanan terhadap media massa : pria 244
Tabel A-3.5.1 Status pekerjaan : wanita 245
Tabel A-3.5.2 Status pekerjaan : pria 246
Tabel A-3.6.1 Jenis pekerjaan : wanita 247
Tabel A-3.6.2 Jenis pekerjaan : pria 248
Tabel A-3.7.1 Jaminan kesehatan : wanita 249
Tabel A-3.7.2 Jaminan kesehatan : pria 250
Tabel A-3.8.1 Merokok : wanita 251
Tabel A-3.8.2 Merokok : pria 253
Tabel A-4.1 Jumlah istri 254
Tabel A-4.2 Median umur kawin pertama menurut provinsi 255
Tabel A-4.3 Median umur pertama melakukan hubungan seksual menurut provinsi 256
Tabel A-4.4 Aktivitas seksual terakhir : wanita 257
Tabel A-5.1 Angka fertilitas menurut provinsi 258
Tabel A-5.2a Fertilitas menurut kelompok umur 259
Tabel A-5.3 Selang kelahiran menurut provinsi 260
Tabel A-5.4 Median lamanya bulan belum haid, tidak kumpul dan masa tidak subur 261
Tabel A-5.5 Median umur persalinan pertama 262
Tabel A-5.6 Kehamilan remaja 263
Tabel A-6.1.1 Keinginan untuk tidak mempunyai anak lagi menurut provinsi:: wanita 264
Tabel A-6.1.2 Keinginan untuk tidak mempunyai anak lagi menurut provinsi: pria 265
Tabel A-6.2 Rata-rata jumlah anak ideal menurut provinsi 266
Tabel A-6.3 Angka fertilitas yang diinginkan 267
Tabel A-7.1. Pengetahuan tentang alat/cara KB menurut provinsi 268
Tabel A-7.2.1 Keterpaparan KB melalui media massa : wanita kawin 269
Tabel A-7.2.2 Keterpaparan KB melalui media massa : pria 270
Tabel A-7.3 Keterpaparan KB melalui hubungan personal : wanita kawin 271

Tabel A-7.4	Kontak bukan peserta KB dengan petugas KB/pemberi pelayanan KB	272
Tabel A-7.5.1	Pengguna kontrasepsi menurut provinsi : semua wanita	273
Tabel A-7.5.2	Pengguna kontrasepsi menurut provinsi : wanita kawin	274
Tabel A-7.6	Kualitas pemakaian pil	275
Tabel A-7.7	Penggunaan suntik	276
Tabel A-7.8	Kebutuhan dan permintaan KB pada wanita kawin	277
Tabel A-8.1	Angka kematian anak menurut provinsi	278
Tabel A-8.2	Kematian perinatal	279
Tabel A-9.1	Pemeriksaan kehamilan	280
Tabel A-9.2	Komponen pemeriksaan kehamilan	281
Tabel A-9.3	Imunisasi tetanus toksoid	282
Tabel A-9.4	Komplikasi selama kehamilan	283
Tabel A-9.5	Tempat persalinan	284
Tabel A-9.6	Penolong persalinan : kualifikasi tertinggi	285
Tabel A-9.7	Penolong persalinan : kualifikasi terendah	286
Tabel A-9.8	Waktu pertama kali perawatan nifas (post-natal)	287
Tabel A-9.9	Jenis tenaga kesehatan yang melakukan perawatan nifas pertama (post natal) pada ibu	288
Tabel A-9.10	Waktu perawatan pasca persalinan kali bagi bayi baru lahir	289
Tabel A-9.11	Tenaga kesehatan yang melakukan pemeriksaan post natal pertama pada bayi baru lahir	290
Tabel A-9.12	Masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan	291
Tabel A-10.1	Berat dan panjang badan saat lahir	292
Tabel A-10.2	Vaksinasi menurut provinsi	293
Tabel A-10.3	Prevalensi dan pengobatan infeksi saluran pernafasan atas (ISPA)	295
Tabel A-10.3a	Prevalensi dan pengobatan demam	296
Tabel A-10.4	Prevalensi diare	297
Tabel A-10.5	Pengetahuan paket garam rehidrasi oral (Oralif)	298
Tabel A-10.6	Pengobatan diare	299
Tabel A-10.7	Pemberian makan selama diare	300
Tabel A-10.8	Pembuangan tinja anak	301
Tabel A-11.1	Pemberian ASI awal	303
Tabel A-11.2	Median lama menyusui	304
Tabel A-11.3	Pemberian makanan tambahan pada bayi dan batita	305
Tabel A-11.4	Asupan nutrisi mikro pada anak	307
Tabel A-11.5	Asupan zat gizi mikro pada ibu	308
Tabel A-12.1	Pengetahuan tentang AIDS	309
Tabel A-12.2	Pengetahuan tentang cara pencegahan HIV	310
Tabel A-12.3.1	Pengetahuan komprehensif tentang AIDS: Wanita	311
Tabel A-12.3.2	Pengetahuan komprehensif tentang AIDS: Pria	312
Tabel A-12.4	Biaya untuk hubungan seksual dan penggunaan kondom saat hubungan seksual terakhir	313
Tabel A-12.5	Prevalensi infeksi menular seksual (IMS) dan gejala IMS	314
Tabel A-12.6	Prevalensi suntikan medis	315
Tabel A-12.7	Pengetahuan komprehensif tentang AIDS dan sumber kondom dikalangan pemuda	316
Tabel A-12.8.1	Sumber informasi tentang HIV/AIDS: pria	317
Tabel A-12.8.2	Sumber informasi tentang HIV/AIDS: wanita	318

Tabel A-13.2.1 Kontrol pendapatan wanita dan besaran relatif pendapatan wanita: wanita..... 319
Tabel A-13.2.2 Kontrol pendapatan pria 320
Tabel A-13.4.1 Kepemilikan barang : wanita..... 321
Tabel A-13.4.2 Kepemilikan barang : pria 322
Tabel A-13.6.1 Partisipasi wanita dalam pengambilan keputusan 323
Tabel A-13.6.2 Partisipasi wanita dalam pengambilan keputusan 324
Tabel A-13.7.1 Sikap terhadap pemukulan istri: wanita 325
Tabel A-13.7.2 Sikap terhadap pemukulan istri: pria..... 326
Tabel A-14.1 Perawatan ibu selama kehamilan..... 327
Tabel A-14.2 Persiapan kelahiran..... 328
Tabel A-14.3 Kontak ayah dengan tenaga kesehatan tentang kesehatan dan kehamilan ibu..... 329
Tabel A-14.4 Pengetahuan ayah tentang jumlah minum untuk anak-anak diare 330
Tabel A-14.5 Laporan ayah tentang imunisasi anak..... 331

LAMPIRAN B Desain Survei

Tabel B.1.1 Alokasi sampel menurut provinsi..... 334
Tabel B.1.2 Target responden per provinsi 335
Tabel B.2.1 Implementasi sampel: wanita 336
Tabel B.2.2 Rancangan sampel: hasil wawancara rumah tangga: wanita..... 337
Tabel B.2.3 Implementasi sampel: hasil wawancara individu: wanita 338
Tabel B.3.1 Implementasi sampel: Pria kawin..... 339
Tabel B.3.2 Implementasi sampel: hasil wawancara rumah tangga pria kawin 340
Tabel B.3.3 Implementasi sampel: hasil wawancara individu; pria kawin..... 341

LAMPIRAN C ESTIMASI KESALAHAN SAMPLING

Tabel C.1 Daftar indindikator untuk perhitungan untuk kesalahan sampling, Indonesia, SDKI 2012..... 343
Tabel C.2 Kesalahan sampling: sampel total, Indonesia 2012..... 344
Tabel C.3 Kesalahan sampling: sampel perkotaan, Indonesia 2012..... 345
Tabel C.4 Kesalahan sampling: sampel perdesaan, Indonesia 2012..... 346
Tabel C.5 Kesalahan sampling: sampel Aceh, Indonesia 2012..... 347
Tabel C.6 Kesalahan sampling: sampel Sumatera Utara, Indonesia 2012..... 348
Tabel C.7 Kesalahan sampling: sampel Sumatera Barat, Indonesia 2012..... 349
Tabel C.8 Kesalahan sampling: sampel Riau, Indonesia 2012 350
Tabel C.9 Kesalahan sampling: sampel Jambi, Indonesia 2012 351
Tabel C.10 Kesalahan sampling: sampel Sumatera Selatan, Indonesia 2012..... 352
Tabel C.11 Kesalahan sampling: sampel Bengkulu, Indonesia 2012 353
Tabel C.12 Kesalahan sampling: sampel Lampung, Indonesia 2012 354
Tabel C.13 Kesalahan sampling: sampel Bangka Belitung, Indonesia 2012..... 355
Tabel C.14 Kesalahan sampling: sampel Kepulauan Riau, Indonesia 2012..... 356
Tabel C.15 Kesalahan sampling: sampel DKI Jakarta, Indonesia 2012 357
Tabel C.16 Kesalahan sampling: sampel Jawa Barat, Indonesia 2012..... 358
Tabel C.17 Kesalahan sampling: sampel Jawa Tengah, Indonesia 2012..... 359
Tabel C.18 Kesalahan sampling: sampel DI Yogyakarta, Indonesia 2012 360

Tabel C.19 Kesalahan sampling: sampel Jawa Timur, Indonesia 2012 361
Tabel C.20 Kesalahan sampling: sampel Banten, Indonesia 2012 362
Tabel C.21 Kesalahan sampling: sampel Bali, Indonesia 2012 363
Tabel C.22 Kesalahan sampling: sampel Nusa Tenggara Barat, Indonesia 2012 364
Tabel C.23 Kesalahan sampling: sampel Nusa Tenggara Timur, Indonesia 2012 365
Tabel C.24 Kesalahan sampling: sampel Kalimantan Barat, Indonesia 2012 366
Tabel C.25 Kesalahan sampling: sampel Kalimantan Tengah, Indonesia 2012 367
Tabel C.26 Kesalahan sampling: sampel Kalimantan Selatan, Indonesia 2012 368
Tabel C.27 Kesalahan sampling: sampel Kalimantan Timur, Indonesia 2012 369
Tabel C.28 Kesalahan sampling: sampel Sulawesi Utara, Indonesia 2012 370
Tabel C.29 Kesalahan sampling: sampel Sulawesi Tengah, Indonesia 2012..... 371
Tabel C.30 Kesalahan sampling: sampel Sulawesi Selatan, Indonesia 2012..... 372
Tabel C.31 Kesalahan sampling: sampel Sulawesi Tenggara, Indonesia 2012..... 373
Tabel C.32 Kesalahan sampling: sampel Gorontalo, Indonesia 2012..... 374
Tabel C.33 Kesalahan sampling: sampel Sulawesi Barat, Indonesia 2012..... 375
Tabel C.34 Kesalahan sampling: sampel Maluku, Indonesia 2012 376
Tabel C.35 Kesalahan sampling: sampel Maluku Utara, Indonesia 2012 377
Tabel C.36 Kesalahan sampling: sampel Papua Barat, Indonesia 2012 378
Tabel C.37 Kesalahan sampling: sampel Papua, Indonesia 2012 379

LAMPIRAN D TABEL KUALITAS DATA

Tabel D.1 Distribusi umur penduduk 381
Tabel D.2.1 Distribusi umur wanita yang memenuhi syarat dan yang diwawancarai 382
Tabel D.2.2 Distribusi umur pria yang memenuhi syarat dan yang diwawancarai..... 382
Tabel D.3 Kelengkapan pelaporan 383
Tabel D.4 Kelahiran menurut tahun kalender 383
Tabel D.5 Pelaporan umur saat meninggal dalam hari..... 384
Tabel D.6 Pelaporan umur saat meninggal dalam bulan..... 385

KATA PENGANTAR
Badan Pusat Statistik

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 merupakan survei ketujuh yang dilakukan sebagai bagian dart proyek international 'Demographic and Health Survey' alau 'DHS'. Survei sebelumnya dilaksanakan pada tahun 1987, 1991, 1994, 1997, 2002-2003 dan 2007, SDKI 2012 dirancang bersama-sama oleh Badan Pusat Statistik (BPS), Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN). dan Kementerian Kesehatan (Kemenkes).

Tujuan utama dari SDKI 2012 adalah menyediakan informasi secara rinci tentang penduduk. keluarga berencana dan kesehatan, bagi pembuat kebijakan dan pengelola program kependudukan dan kesehatan. Survei ini dilaksanakan di 33 provinsi di seluruh Indonesia, menghimpun informasi mengenai latar belakang sosial-ekonomi responden wanita. tingkat fertilitas, perkawinan dan aktifitas seksual, keinginan mempunyai anak. Pengetahuan dan keikutsertaan keluarga berencana, praktek menyusui, kematian anak dan dewasa termasuk kematian ibu, kesehatan ibu dan anak, kepedulian dan sikap terhadap AIDS dan penyakil menular seksual lainnya, Pada SDKI 2012 yang menjadi responden adalah semua wanita berumur 15-49 tahun, pria kawin/hidup bcrsama beruniur 15-54 tahun, dan remaja pria berstatus belum kawin yang berumur 15-24 tahun.

Kegiaian SDKI 2012 dibiayai oleh Pemerintah Indonesia, sementara International-MEASURE DMS. dengan dana dari USAID menyediakan bantuan teknis dalam pengolahan data dan penyusunan laporan SDKI 2012.

Rangkaian kegiatan SDKI 2012 diawali dengan uji coba yang dilaksanakan pada pertengahan Juli sampai dengan pertengahan Agustus 2011 dengan tujuan untuk menguji kuesioner. Kemudian dilanjulkan dengan kegiatan pelalihan petugas lapangan pada langgal 22 April sampai dengan 5 Mei 2012. sementara kegiatan lapangannya dimulai dari 7 Mei sampai dengan 31 Juli 2012. Pengolahan data dilaksanakan pada Bulan Juni sampai dengan Oktober 2012. Laporan Pendahuluan diterbitkan pada Bulan November 2012. Tabulasi untuk laporan akhir dilakukan pada Bulan Desember 2012 sampai dcngan Maret 2013, dan laporan akhir dilaksanakan pada Bulan Maret sampai dcngan Juli 2013.

Dengan terbitnya publikasi ini, Saya mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang tinggi kepada seluruh Tim Penulis dari BPS. BKKBN dan Kemenkes serta kepada ICF International atas asistensinya dalam penulisan laporan ini.

Saya berharap laporan ini dapat digunakan sebagai bahan untuk memonitor dan mengevaluasi program nasional dibidang kesehatan, keluarga bercncana. dan bidang lainnya, serta dapat memenuhi kebutuhan para peneliti dalam mengeksplorasi data dan unluk keperluan analisa lanjutan.

Jakarta. September 2013

Dr. Suryamin
Kepala Badan Pusat Statistik

KATA PENGANTAR
Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasioanal

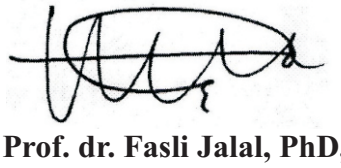
Sebagai negara dengan jumlah penduduk keempat terbesar di dunia, yaitu 237 juta menurut hasil Sensus Penduduk 2010, isu kependudukan menjadi prioritas penting bagi Pemerintah Indonesia. Fokus saat ini adalah merevitalisasi program Keluarga Berencana serta memberdayakanperempuan, generasi muda, dan penduduk lanjut usia. Undang-undang Nomor 52/2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera memberikan BKKBN, yang namanya telah diubah menjadi Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional, tanggung jawab baru untuk pengelolaan kependudukan.

Padatahun 2012, program Keluarga Berencana di Indonesia menetapkan visi "Penduduk Tumbuh Seimbang Tahun 2015". Misi dari Program Keluarga Berencana adalah mewujudkan pembangunan berwawasan kependudukan dan mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera. Strategi utama mencakup penguatan kemitraan dengan sector terkait maupun dengan pemerintah daerah. Strategi khusus telah dikembangkan untuk provinsi yang memiliki penduduk besar serta yang mengalami masalah kesehatan. Program Keluarga Berencana juga bertujuan mempercepat pencapaian Millenium Development Goals (MDGs) pada tahun 2015.

Penerbitan laporan SDKI 2012 tepat waktu mengingat tahun 2014 merupakan tahun terakhir dari Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) periode 2010-2014. Hasil SDKI 2012 dapat menjadi rujukan dalam melakukan evaluasi pencapaian program kependudukan, keluarga berencana, dan kesehatan serta menjadi dasar dalam penyusunan RPJMN periode 2015-2019. Rencana pembangunan tersebut akan menentukan arah pembangunan, dan juga kesejahteraan masyarakat Indonesia, dalam 5 tahun mendatang.

Saya mengucapkan terimakasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada BPS, Kementerian Kesehatan, Bappenas, Lembaga Demografi-FEUI, dan ICF International untuk kerjasamanya dalam penyusunan laporan SDKI 2012 ini. Saya juga menyampaikan terimakasih kepada USAID yang menyediakan fasilitasi teknis melalui ICF International.

Jakarta, September 2013



Prof. dr. Fasli Jalal, PhD, Sp. GK
Kepala Badan Kependudukan dan
Keluarga Berencana Nasional

KATA PENGANTAR
Kementerian Kesehatan

Rencana Strategik Pembanguan Bidang Kesehatan 2010-2014 telah ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan dengan visi 'Negara Sehat, dan Masyarakat Mandiri'. Bekerja sama dengan sektor swasta dan masyarakat, misi dari pembangunan kesehatan adalah untuk mendukung dan meningkatkan kesehatan penduduk dengan mencegah dan mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat dengan berbagai cara termasuk meyakinkan untuk tersedianya pelayanan kesehatan yang komprehensif dan merata yang diatur dengan prinsip-prinsip pemerintahan yang baik.

Tujuan besar ini hanya bisa dicapai melalui perencanaan dan pelaksanaan program berbasis-bukti berdasarkan pada data yang relevan dan dapat diandalkan. Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) merupakan salah satu data nasional survei rumah tangga yang paling penting. Survei tahun 2012 mencakup sampel wanita dan pria usia reproduksi. Survei ini mengumpulkan data untuk mengetahui informasi mengenai angka kematian bayi, anak dan dewasa, termasuk kematian ibu; angka fertilitas; penggunaan alat kontrasepsi; isu terkait masalah kesehatan ibu dan anak. Survei ini juga menghimpun informasi mengenai menyusui, makanan bayi, dan anak; pengetahuan, sikap, dan perilaku HIV- AIDS dan juga penyakit infeksi seksual lainnya; pemberdayaan perempuan; serta peran bapak dalam pelayanan kesehatan keluarga.

Laporan utama SDKI menyajikan analisa yang komprehensif dari data yang telah dikumpulkan. Temuan utama dari setiap pokok bahasan dimunculkan sebagai ringkasan. Laporan SDKI ini sangat bermanfaat bagi Kementerian Kesehatan. Harapan saya informasi ini bersama dengan informasi lainnya digunakan oleh para pembuat kebijakan dan program dalam mengembangkan dan mengevaluasi program dan strategi untuk meningkatkan pelayanan kesehatan dan keluarga berencana di seluruh Indonesia.

Laporan SDKI ini merupakan produk kerjasama pada profesional di BPS, BKKBN, Kementerian Kesehatan, Bappenas, UI, USAID, dan ICF International. Saya berterima kasih dan apresiasi pada tim penulis laporan SDKI 2012. Saya juga mengucapkan banyak terima kasih pada tim teknis dan tim survei, tanpa mereka laporan ini tidak bisa diselesaikan.

Nafsiah Mboi, MD.Ped, MPH

Menteri Kesehatan RI

RINGKASAN

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 adalah survei ke tujuh yang dilaksanakan di Indonesia, dan merupakan bagian dari program Demograpic Health Survey (DHS). Sejak tahun 2002-03, survei ini mencakup pria kawin umur 15-54 tahun, dan wanita dan pria remaja belum kawin umur 15-24 tahun. Temuan survei remaja disajikan dalam laporan yang terpisah. Sebagaiman survei SDKI sebelumnya, responden terdiri dari wanita pernah kawin umur 15-49 tahun, pada SDKI 2012 juga memasukkan wanita belum kawin umur 15-49 tahun. Selain wanita usia 15-49 tahun, SDKI 2012 juga mewawancarai pria kawin umur 15-54 tahun dan pria belum kawin umur 15-24 tahun.

Sama seperti survei SDKI sebelumnya, SDKI 2012 sampel didesain untuk menghasilkan estimasi tingkat nasional, perdesaan perkotaan, dan tingkat provinsi. Dalam wawancara rumah tangga, dihasilkan 47.533 wanita umur 15-49 tahun yang diidentifikasi bisa diwawancarai secara individu dan dari hasil identifikasi tersebut sebanyak 45.607 wanita selesai diwawancarai dengan hasil *respon rate* atau pencapaian wawancara sejumlah 96 persen. Dari sepertiga rumah tangga, dapat diidentifikasi sebanyak 10.086 pria kawin umur 15-54 tahun yang dapat diwawancarai, sebanyak 9.306 pria kawin selesai diwawancarai, dengan respon rate atau tingkat pencapaian sejumlah 92 persen.

FERTILITAS

Hasil SDKI 2012 menunjukkan angka fertilitas total (*Total Fertility Rate* atau *TFR*) sebesar 2,6 anak, yang berarti seorang wanita di Indonesia rata-rata melahirkan 2,6 anak selama masa reproduksinya dalam kurun waktu 2009-2012. Angka TFR SDKI 2012 sama dengan angka TFR pada SDKI 2007 dan SDKI 2002-2003. Ada perbedaan kecil pada pola the Age Specific Fertility Rate (ASFR). Puncak kemampuan reproduksi wanita telah bergeser dari kelompok umur 20-24 tahun ke 25-29 tahun.

Terdapat perbedaan tingkat fertilitas pada wanita dengan karakteristik yang berbeda. Wanita di perdesaan memiliki tingkat fertilitas lebih tinggi dibandingkan wanita di perkotaan (masing-masing 2,8 dan 2,4 anak per wanita). Walaupun pola TFR tidak seragam, TFR pada umumnya menurun menurut tingkat pendidikan wanita; TFR diantara wanita yang berpendidikan diatas SLTP (2,4 kelahiran per wanita) sekitar setengah kelahiran lebih rendah dibandingkan dengan wanita yang berpendidikan tamat SD atau lebih rendah. Mirip dengan pola menurut pendidkan, status kepemilikan wanitaberhubungan negatif dengan kedua ukuran fertilitas. Pada wanita di kelompok kuintil terendah TFR turun dari 3,2 anak menjadi 2,2 anak pada wanita dari kelompok kuintil paling tinggi.

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI FERTILITAS

Jumlah anak dari seorang wanita dipengaruhi oleh beberapa faktor termasuk tingkat pendidikan (penundaan perkawinan), umur kawin pertama, umur melahirkan anak pertama, jumlah anak yang diinginkan, dan penggunaan metode kontrasepsi.

Pendidikan. Secara umum wanita usia reproduksi berpendidikan lebih baik. Persentase wanita yang berpendidikan tamat SD adalah 23 persen, dan 36 persen wanita memiliki pendidikan tamat SLTP ke atas.

Umur perkawinan. Median umur kawin pertama diantara wanita umur 25-49 tahun adalah 20,4 tahun, sementara diantara wanita pernah kawin umur 25-49 tahun adalah 20,1 tahun meningkat dari median umur kawin pertama wanita hasil SDKI tahun 2007 yaitu 19,8 tahun.

Umur melahirkan pertama. Median umur melahirkan anak pertama pada wanita sedikit meningkat menjadi 22 tahun, sementara diantara wanita pernah kawin 21,5 tahun pada tahun 2007, dan pada tahun 1991 adalah 20,8 tahun

Selang kelahiran. Wanita di Indonesia umumnya mempunyai selang 60,2 bulan, meningkat dari 54,6 bulan pada SDKI 2007. Wanita 15-19 tahun mempunyai median selang kelahiran terpendek, yaitu 18,9 bulan, dan 75,4 bulan pada wanita 40-49 tahun.

Keinginan akan keluarga kecil. Data SDKI 2012 menunjukkan bahwa keinginan untuk membatasi jumlah anak 50 persen, menurun dari 54 persen pada SDKI 2007.

Perbedaan fertilitas yang diinginkan dan fertilitas sebenarnya. Lebih dari 80 persen kelahiran yang diinginkan pada waktunya, 7 persen diinginkan kemudian, dan 7 persen tidak diinginkan. Secara umum angka fertilitas total yang diinginkan di Indonesia lebih rendah dibandingkan dengan angka fertilitas yang sebenarnya. Angka fertilitas total yang diinginkan adalah sebesar 2,0 anak per wanita; jika keinginan mempunyai 2 anak per wanita tersebut semuanya dapat dicapai, maka keseluruhan TFR dapat mencapai *replacement level* Indonesia.

PEMAKAIAN KONTRASEPSI

Pemakaian kontrasepsi semua cara diantara wanita kawin di Indonesia telah meningkat dari 61 persen pada tahun 2007 menjadi 62 persen pada tahun 2012. Pemakaian kontrasepsi modern diantara wanita kawin umur 15-49 tahun juga meningkat dari 57 persen menjadi 58 persen.

Pemakaian kontrasepsi menurut metode. Di antara cara KB modern, cara KB yang paling banyak digunakan wanita berstatus kawin adalah suntikan dan pil (masing-masing 32 dan 14 persen). Peserta KB IUD mengalami penurunan selama 20 tahun, dari 13 persen tahun 1991 menjadi 4 persen tahun 2012. Sebaliknya peserta KB suntikan mengalami peningkatan, dari 12

persen tahun 1991 menjadi 32 persen tahun 2012. Sementara itu, peserta KB pil merupakan metode yang banyak digunakan pada SDKI tahun 1991, dan pada SDKI tahun 1994, suntikan merupakan metode yang banyak digunakan sejak tahun 1997.

Perbedaan Dalam Pemakaian Kontrasepsi. Pemakaian kontrasepsi di daerah perkotaann sama dengan di perdesaan (62 persen). Namun terdapat perbedaan menurut tempat tinggal dalam penggunaan metode kontrasepsi tertentu. Suntikan lebih rendah digunakan di perkotaan daripada di perdesaan (masing-masing 28 persen dan 35 persen). Susuk KB paling populer diantara wanita yang tinggal di perdesaan dan perkotaan. Sebaliknya wanita yang tinggal di perkotaan banyak yang menggunakan IUD, sterilisasi wanita (MOW), dan kondom dibandingkan wanita di perdesaan. Umumnya pemakaian kontrasepsi meningkat pada responden dengan tingkat pendidikan, status kekayaan, dan jumlah anak. Pemakaian metode kontrasepsi juga bervariasi menurut tingkat pendidikan dan status kekayaan.

Sumber Pelayanan. Peserta KB lebih menyukai sumber pelayanan swasta daripada pelayanan pemerintah. Kepercayaan pada pelayanan swasta meningkat dari 69 persen pada SDKI 2007 menjadi 73 persen pada SDKI 2012. Di antara sumber pelayanan swasta maka bidan, bidan di desa, dan apotek/toko obat tercatat sebagai sumber pelayanan yang disukai (masing-masing 32 persen, 19 persen, dan 12 persen). Sementara pelayanan sektor masyarakat maka Puskesmas sebagai sumber pelayanan KB (13 persen) diikuti RS pemerintah (4 persen).

Kualitas Pemakaian Kontrasepsi. Secara umum, 99 persen pemakai pil dapat menunjukkan kemasan pil kepada petugas pewawancara. Delapan puluh lima persen pengguna pil minum pilnya secara berurutan dan minum pil kurang dari dua hari sebelum wawancara. Sembilan puluh enam persen diantara pemakai KB suntikan bulanan mendapatkan suntikan 4 minggu sebelum survei, dan 97 persen pemakai KB suntikan tiga bulanan mendapatkan suntikan tiga bulan sebelum survei.

Kebutuhan Pelayanan KB yang tidak terpenuhi. Wanita yang membutuhkan pelayanan KB yang tidak terpenuhi termasuk wanita masih subur yang tidak menggunakan kontrasepsi tetapi ingin menunda kelahiran anaknya (*spacing*) atau tidak ingin anak lagi (*limiting*). Kriteria yang digunakan dalam *Demographic and Health Survey* (*DHS*) program adalah mengidentifikasi wanita wanita yang membutuhkan pelayanan KB tetapi tidak dapat dipenuhinya. Revisi telah dilakukan agar dapat dibandingkan angka *unmetneed* setiap waktu dan antar negara yang melaksanakan DHS.

Total tingkat kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi wanita berstatus kawin 15-49 tahun adalah 11 persen, 7 persen untuk membatasi kelahiran dan 4 persen untuk menjarangkan kelahiran. Agar dapat membuat perbandingan, telah dilakukan penghitungan ulang hasil SDKI 1991-2007 dengan menggunakan definisi baru. Hasilnya menunjukkan tingkat kebutuhan berKB yang tidak terpenuhi telah mengalami penurunan. Antara SDKI 2007 dan SDKI 2012 turun dari 13 persen menjadi 11 persen.

Kemandirian KB. Secara umum, 89 persen peserta KB membayar alat/cara KB yang digunakannya. Kemandirian ber-KB SDKI tahun 2012 dua persen lebih rendah dibandingkan dari SDKI 2007 (91 persen). Peserta KB suntikan, pil dan kondom lebih banyak yang membayar untuk kontrasepsi mereka (masing-masing 96 persen, 95 persen, dan 95 persen) dibandingkan dengan peserta KB lainnya.

KESEHATAN REPRODUKSI

Pemeriksaan kehamilan. Cakupan pemeriksaan kehamilan sedikit meningkat dibandingkan dengan SDKI 2007 dari (dari 93 persen menjadi 96 persen). Tujuh puluh empat persen ibu hamil memenuhi jadwal yang dianjurkan pemerintah, yaitu paling sedikit sekali di trimester pertama, sekali di trimester kedua, dan dua kali di trimester ketiga (ANC 1-1-2). Kondisi ini dibawah target Program Kesehatan Ibu yang ditetapkan sebesar 95 persen. Wanita tinggal di perkotaan cenderung lebih tinggi memiliki kunjungan pemeriksaan 1-1-2 dibandingkan dengan wanita yang tinggal di perdesaan (masing-masing 80 persen dan 68 persen).

Penolong persalinan. Enam puluh tiga persen kelahiran dalam kurun waktu lima tahun sebelum survei dilakukan di fasilitas kesehatan, 17 persen di fasilitasumum (rumah sakit swasta klinik, dokter swasta/bidan swasta). Kondisi ini secara substansial lebih tinggi dibandingkan dengan SDKI 2007 (46 persen). Delapan puluh tiga persen persalinan dalam kurun waktu lima tahun sebelum survei dibantu oleh tenaga kesehatan professional; 62 persen dibantu oleh perawat/bidan/bidan di desa; 20 persen ditolong oleh dokter kandungan; dan 1 persen oleh dokter. Proporsi tersebut meningkat dari 73 persen pada SDKI 2007.

Perawatan masa nifas. Delapan puluh persen ibu menerima perawatan nifas dalam kurun waktu 1-2 hari setelah melahirkan.; 56 persen dalam waktu kurang dari empat jam setelah melahirkan; 13 persen dalam 4-23 jam melahirkan; 11 persen dalam 1-2 hari setelah melahirkan. Satu dari sembilan wanita tidak menerima pemeriksaan setelah melahirkan.

KESEHATAN ANAK

Imunisasi anak. Informasi dari kartu kesehatan (KMS atau Buku KIA) dan pengakuan ibu menunjukkan 60 persen dari anak umur 12-23 bulan telah mendapatkan imunisasi lengkap tapi tidak termasuk HB, sementara 37 persen mendapat imunisasi lengkap dengan HB.

Penyakit anak. Infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), diare dan malaria adalah penyebab kematian anak pada umumnya. Dalam dua minggu sebelum survei 5 persen anak memiliki gejala ISPA, 75 persen balita dengan gejala tersebut berobat ke fasilitas kesehatan atau tenaga kesehatan. Empat belas persen anak dibawah 5 tahun dilaporkan menderita diare dalam dua minggu sebelum survei, 65 persen dari mereka mendapatkan pengobatan dari fasilitas kesehatan atau tenaga kesehatan. Enam puluh enam persen diberikan pengobatan rehidrasi oral (Oralit atau larutan gula garam) atau menambah cairan.

Pemberian Air Susu Ibu (ASI). Praktek pemberian ASI sudah umum di Indonesia, dengan 96 persen anak umur dibawah dua tahun diberi ASI setiap saat. Hanya 50 persen anak disusui dalam satu jam setelah kelahiran , dan 66 persen disusui dalam satu hari setelah kelahiran. Secara keseluruhan, median pemberian ASI adalah 21,4 bulan, dan rata-rata lamanya menyusui adalaj 20,5 bulan. Median pemberian ASI eksklusif kurang dari satu bulan, sementara rata-ratanya adalah diatas tiga bulan.

PENGETAHUAN HIV-AIDS DAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL (IMS)

Pengetahuan HIV-AIDS. Data SDKI 2012 menunjukan 77 persen wanita umur 15-49 tahun dan 82 persen pria kawin umur 15-54 tahun pernah mendengar HIV-AIDS. Mereka yang bertempat tinggal di perkotaan lebih banyak mendengar tentang AIDS dibandingkan dengan mereka yang tinggal di perdesaan.

Pengetahuan tentang cara pencegahan HIV-AIDS. Secara keseluruhan, 58 persen wanita umur 15-49 tahun dan 63 persen pria kawin umur 15-54 tahun mengetahui bahwa membatasi hubungan seksual dengan satu pasangan akan dapat mengurangi kesempatan terkena HIV. Empat puluh tiga persen wanita umur 15-49 tahun dan 59 persen pria kawin umur 15-54 tahun mengatakan bahwa menggunakan kondom dalam setiap kali berhubungan seksual dapat mengurangi risiko tertular HIV. Tiga puluh tujuh persen wanita umur 15-49 tahun dan 49 persen pria kawin umur 15-54 tahun mengetahui bahwa baik menggunakan kondom maupun membatasi hubungan seksual dengan satu pasangan dapat mengurangi risiko terinfeksi HIV.

Pengetahuan tentang penularan HIV dari Ibu kepada anaknya. Pengetahuan wanita umur 15-49 tahun tentang HIV yang dapat menular dari ibu kepada anaknya selama kehamilan, melahirkan, dan menyusui sama dengan pengetahuan pria kawin umur 15-54 tahun tentang hal tersebut. Pengetahuan tentang pencegahan penularan HIV dari ibu kepada anaknya melalui ketiga hal tersebut cenderung tinggi pada mereka yang bertempat tinggal di perkotaan, mereka yang berpendidikan tinggi, dan mereka yang masuk dalam kelompok kuintil kekayaan yang lebih tinggi.

Laporan Infeksi Menular Seksual dan Gejalanya. Sekitar 12 persen wanita umur 15-49 tahun dan 1 persen pria kawin umur 15-54 tahun yang pernah melakukan hubungan seksual secara aktif dilaporkan mengalami IMS dan atau gejalanya dalam 12 bulan sebelum survei.

PARTISIPASI PRIA DALAM PERAWATAN KESEHATAN

Pemeriksaan kehamilan. Pria melaporkan bahwa **s**embilan puluh empat kelahiran dengan ibu mendapatkan perawatan selama kehamilan, 68 persen ibu melahirkan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan, 79 persen suami menemani istrinya pada saat pemeriksaan kehamilan.

Imunisasi anak. Berkaitan dengan imunisasi tertentu, pria melaporkan anak terakhirnya yang lahir hidup pada periode dua tahun sebelum survei mendapatkan imunisasi BCG (77 persen), polio (78 persen), DPT (69 persen), hepatitis (63 persen), dan campak (62 persen).

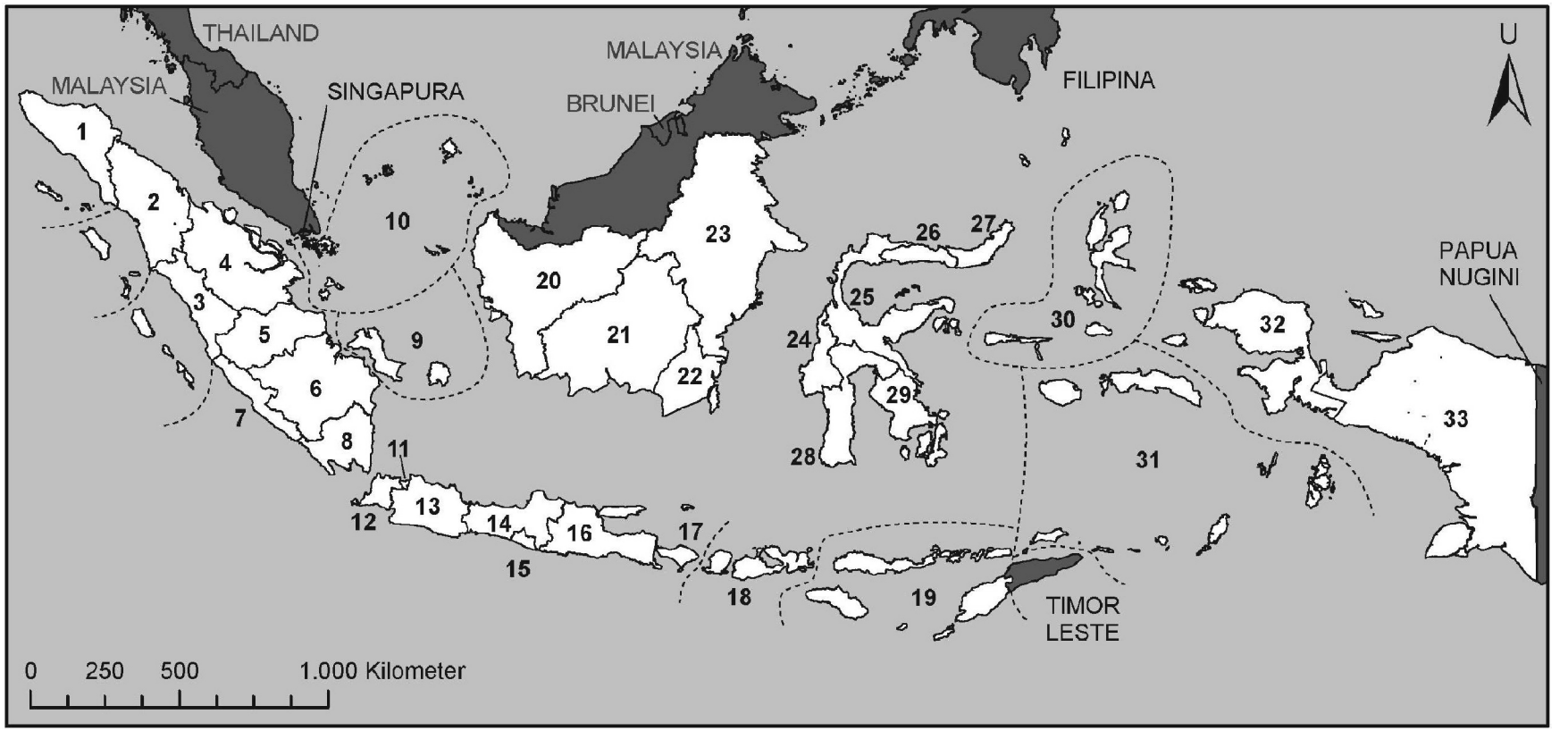
KEMATIAN

Kematian anak. Data SDKI 2012 menunjukkan kematian bayi untuk periode lima tahun sebelum survei (2008-2012) adalah 32 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Angka kematian balita dan kematian anak masing-masing sebesar 40 dan 9 kematian per 1.000 kelahiran. Tampak ada perbedaan yang cukup besar pada kematian bayi dan kematian anak antara perkotaan dan perdesaan. Secara umum, perbedaan kematian antara daerah perkotaan dan perdesaan adalah dua per tiga untuk semua jenis kematian. Pendidikan ibu mempunyai hubungan yang terbalik dengan risiko kematian anak. Pendidikan yang lebih tinggi umumnya berhubungan dengan risiko kematian yang rendah. Risiko kematian anak juga berhubungan dengan status ekonomi dari rumah tangga. Semua angka kematian di masa kanak-kanak adalah rendah untuk anak di kuintil kekayaan teratas. Pada umumnya perilaku fertilitas dengan risiko tinggi terkait dengan umur ibu yang tua (diatas 34 tahun) atau umur ibu yang muda (lebih muda dari 18 tahun), jarak kelahiran kurang dari dua tahun, dan urutan kelahiran ketiga dan lebih tinggi.

Kematian dewasa. Angka kematian perempuan dewasa adalah 2,49 dan laki-laki 3,11 kematian per 1000. Seperti yang telah diperkirakan sebelumnya, angka kematian keduanya meningkat sejalan dengan bertambahnya umur. Secara umum, angka kematian laki-laki dewasa sedikit lebih tinggi dari angka kematian perempuan dewasa pada setiap kelompok umur.

Kematian maternal. Berdasarkan prosedur estimasi langsung, rasio kematian maternal angka kematian ibu diperkirakan sebesar 359 kematian maternal per 100 000 kelahiran hidup untuk periode 2008-2012. Analisis tren rasio kematian maternal menunjukan penurunan dari SDKI 1994 sampai dengan SDKI 2007. Namun, gambaran ini meningkat pada SDKI 2012. Walaupun rasio kematian maternal terlihat meningkat pada SDKI 2012, diperlukan kehati-hatian dalam menginterpretasikan hasil dari tren tersebut dan perlu diperhatikan kesalahan sampling yang berhubungan dengan responden terpilih, serta kesalahan non-sampling.

INDONESIA



1	Nanggroe Aceh Darussalam	12	Banten	23	Kalimantan Timur
2	Sumatera Utara	13	Jawa Barat	24	Sulawesi Barat
3	Sumatera Barat	14	Jawa Tengah	25	Sulawesi Tengah
4	Riau	15	DI Yogyakarta	26	Gorontalo
5	Jambi	16	Jawa Timur	27	Sulawesi Utara
6	Sumatera Selatan	17	Bali	28	Sulawesi Selatan
7	Bengkulu	18	Nusa Tenggara Barat	29	Sulawesi Tenggara
8	Lampung	19	Nusa Tenggara Timur	30	Maluku Utara
9	Bangka Belitung	20	Kalimantan Barat	31	Maluku
10	Kepulauan Riau	21	Kalimantan Tengah	32	Papua Barat
11	DKI Jakarta	22	Kalimantan Selatan	33	Papua

PENDAHULUAN 1

1.1 GEOGRAFI, EKONOMI, DAN PENDIDIKAN

Republik Indonesia, yang terdiri dari kurang lebih 17.000 pulau, terbentang di antara 6º Lintang Utara hingga 11º Lintang Selatan dan dari 95º sampai 141º Bujur Timur. Kepulauan Indonesia terletak di antara benua Asia dan Australia, dan dibatasi oleh Laut Cina Selatan di utara, Samudra Pasifik di utara dan timur, serta Samudra Hindia di sebelah selatan dan barat. Ada lima pulau besar, dimulai dari ujung barat dengan Sumatera, Jawa di sebelah selatan, Kalimantan yang dipotong garis katulistiwa, Sulawesi yang berbentuk huruf K, dan Papua yang berbatasan dengan Papua Nugini di ujung timur. Dua gugusan kepulauan lain adalah Maluku dan Nusa Tenggara yang terletak di antara pulau Sulawesi dan Papua di utara, dan dari Bali ke Timor di sebelah selatan. Pulau-pulau lain kecil dan sebagian besar tidak berpenghuni. Lebih dari 80 persen dari seluruh wilayah Indonesia merupakan lautan, dengan luas daratan sekitar 1,9 juta km persegi. Banyaknya jumlah pulau di Indonesia dan persebarannya di wilayah yang luas mengakibatkan beragamnya budaya dan beratus suku bangsa, masing-masing dengan bahasanya sendiri. Kenyataan inilah yang mendorong diciptakannya semboyan "Bhinneka Tunggal Ika" sebagai pemersatu bangsa.Indonesia beriklim tropis dan mempunyai dua musim. Musim kemarau mulai bulan Mei sampai Oktober dan musim hujan mulai bulan November sampai bulan April.

Indonesia secara administratif dibagi dalam beberapa provinsi. Sejak tahun 2001, jumlah provinsi bertambah dari 26 menjadi 33. Tambahan provinsi baru meliputi provinsi Kepulauan Riau, Bangka Belitung, Banten, Sulawesi Barat, Gorontalo, Maluku Utara, dan Papua Barat. Provinsi-provinsi baru tersebut sebelumnya masing-masing merupakan bagian dari provinsi Riau, Sumatera Selatan, Jawa Barat, Sulawesi Selatan, Sulawesi Utara, Maluku, dan Papua. Setiap provinsi terdiri dari kabupaten dan kota (sebelumnya disebut kotamadya). Pada tahun 2012, secara keseluruhan ada 399 kabupaten dan 98 kota. Tingkat administrasi berikutnya adalah kecamatan dan desa atau kelurahan. Sejak tahun 2012 ada 6.793 kecamatan dan 79.075 desa atau kelurahan. Seluruh wilayah desa diklasifikasikan sebagai perkotaan atau perdesaan.

Sejak memproklamirkan kemerdekaannya pada tahu 1945, Republik Indonesia telah beberapa kali mengalami guncangan politik. Pada tahun 1948, Partai Komunis Indonesia memberontak di Madiun. Sejak kemerdekaan sampai tahun 1949, ketika Belanda menyerahkan kedaulatan kepada pemerintah Indonesia, terjadi banyak pemberontakan terhadap pemerintahan republik yang demokratis. Beberapa pihak, dibantu oleh pemerintah Belanda, membentuk Republik Indonesia Serikat yang berkuasa kurang dari satu tahun (dari tahun 1949 sampai tahun 1950). Dalam periode 1950-1959, Indonesia menghadapi berbagai masalah politik, termasuk berlakunya sistim multi-partai yang mempengaruhi stabilitas politik dan ekonomi, dan mendorong terjadinya beberapa pemberontakan yang berlatar belakang ideologi dan suku bangsa. Sejarah Republik Indonesia mengalami titik balik setelah gagalnya kudeta kedua oleh Partai Komunis Indonesia pada bulan September 1965. Pada tahun 1966, Presiden Suharto memulai babak baru dengan dibentuknya Pemerintah Orde Baru yang berorientasi pada pembangunan di segala bidang.

Setelah lebih dari 30 tahun di bawah pemerintahan Orde Baru, Indonesia mengalami banyak kemajuan, utamanya dalam mempertahankan stabilitas politik dan ekonomi. Pada periode 1968-1986 terjadi kemajuan ekonomi yang pesat, ketika pendapatan per kapita naik dengan tajam dari US $50 menjadi US $ 385. Hal tersebut utamanya, merupakan hasil dari naiknya harga minyak di pasaran dunia pada awal tahun 1980an, yang pada waktu itu menghasilkan lebih dari 60 persen devisa negara. Turunnya harga komoditi tersebut pada tahun 1985 memaksa pemerintah mencari sumber pendapatan dari sektor lain, misalnya industri, perdagangan luar negeri, dan jasa. Upaya tersebut berhasil. Pada tahun 1996, pendapatan per kapita naik menjadi US $1,124, sementara perkembangan ekonomi adalah sekitar 5 persen. Kenaikan ini berakhir pada pertengahan 1997 ketika ekonomi di kawasan Asia terpuruk. Nilai tukar mata uang merosot tajam, harga-harga membumbung, dan tingkat pengangguran naik secara dramatis. Selain itu, sebagian wilayah menderita karena kemarau panjang dan kebakaran hutan besar-

besaran. Pada tahun 1998, Indonesia mengalami krisis ekonomi paling parah, pertumbuhan ekonomi merosot menjadi minus 13 persen (BPS, 2003). Sejak tahun 2000, keadaan ekonomi membaik dengan pertumbuhan ekonomi (*annual growth rate*) sebesar 5 persen pada tahun 2000 dan 6 persen pada tahun 2012 (BPS, 2012a).

Selama keadaan ekonomi krisis pada tahun 1997-1998, situasi politik antar wilayah tidak stabil. Presiden Suharto digantikan oleh wakilnya B.J. Habibie. Masa tersebut dikenal sebagai masa reformasi. Sejak tahun 1998, Indonesia mengalami pergantian empat presiden: B.J. Habibie, Abdurrahman Wahid, Megawati Soekarnoputri, dan Susilo Bambang Yudhoyono, yang untuk pertama kalinya terpilih secara langsung melalui pemilihan umum untuk tahun 2004-2009.

Pada tahun 1999, Undang-Undang Nomor 22 tentang otonomi daerah dikeluarkan. Melalui Undang-Undang ini semua daerah (Kota atau Kabupaten) diberi otonomi penuh. Dengan beberapa perkecualian, Undang-undang yang sama dimaksudkan juga agar setiap pemerintah daerah bertanggung-jawab kepada semua departemen pemerintahan pusat melalui perwakilannya di provinsi dan kabupaten atau kota. Salah satu keberhasilan pemerintah adalah dalam peningkatan kesejahteraan masyarakat melalui penyediaan sandang, pangan, dan papan yang cukup, di samping penyediaan sarana pendidikan dan kesehatan. Hasil Sensus Penduduk 1971, dan 2010 serta Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2011 menunjukkan bahwa selama 40 tahun terakhir, bidang pendidikan di Indonesia telah mengalami perkembangan pesat. Persentase penduduk umur 10 tahun ke atas yang dapat membaca dan menulis naik dari 61 persen pada tahun 1971 menjadi 92 persen pada tahun 2011. Perkembangan di bidang pendidikan lebih terlihat jelas pada penduduk perempuan. Persentase anak umur 7-12 tahun yang bersekolah pada tahun 1971 sebesar 62 persen untuk pria dan 58 persen untuk perempuan, angka ini pada tahun 2011 naik menjadi 97 persen untuk pria dan 98 persen untuk perempuan. Dari tahun 1971 sampai dengan 2011, persentase penduduk yang tidak pernah sekolah turun dan persentase penduduk yang tamat sekolah pada semua jenjang pendidikan naik. Persentase penduduk yang tamat sekolah dasar naik dari 20 persen pada tahun 1971 meningkat menjadi 29 persen pada tahun 2011, sedangkan proporsi penduduk yang tamat sekolah menengah tingkat pertama atau pendidikan lebih tinggi naik dari 7 persen pada tahun 1971 menjadi 50 persen pada tahun 2011. Pada semua tingkat pendidikan, kemajuan dalam pendidikan penduduk wanita lebih cepat dibandingkan penduduk pria (BPS, 1972; 2012b).

Salah satu pengaruh makin lamanya penduduk wanita bersekolah adalah meningkatnya umur perkawina pertama. Rata-rata umur perkawinan pertama naik dari 20 tahun tahun 1971 menjadi 22 dan 23 tahun masing-masing pada tahun 1990 dan 2000 (BPS, 2002). Kenaikan tersebut lebih besar di daerah perkotaan daripada daerah perdesaan. Kenaikan tingkat pendidikan juga memberikan peluang yang lebih besar bagi wanita untuk berpartisipasi dalam angkatan kerja. Partisipasi angkatan kerja wanita berumur 10 tahun ke atas naik dari 33 persen pada tahun 1971 menjadi 51 persen pada tahun 2012. Sebagian besar wanita bekerja di sektor pertanian, perdagangan, dan jasa. Wanita sebagai pekerja keluarga tanpa dibayar dan dibayar sebagai pekerja tetap (BPS, 2012c).

1.2 PENDUDUK

Hasil Sensus Penduduk menunjukkan bahwa jumlah penduduk Indonesia adalah 237,6 juta jiwa tahun 2010. Angka tersebut menempatkan Indonesia pada urutan keempat dari negara yang berpenduduk paling besar di dunia setelah Republik Rakyat Cina,India,dan Amerika Serikat. Pada tahun 2010, sekitar 118,3juta orang (50 persen dari penduduk) tinggal di daerah perkotaan. Dari hasil sensus penduduk 2010, lebih dari 87 persen penduduk Indonesia beragama Islam.

Tingkat pertumbuhan penduduk Indonesia telah mengalami penurunan dalam tiga dasawarsa terakhir. Antara tahun 1980 dan 1990, rata-rata pertumbuhan penduduk setiap tahun adalah 1,98 persen. Antara tahun 1990 dan 2000 turun menjadi 1,44 persen, namun antara tahun 2000 dan 2010 sedikit meningkat menjadi 1,49 persen (Tabel 1.1).

Tabel 1.1 Parameter demografi

Beberapa parameter demografi Indonesia 1990 – 2010

Indikator	Sensus 1990	Sensus 2000	Sensus 2010
Penduduk*(ribuan)*	179,4	206,3	237,6
Pertumbuhanpenduduk (GR)[1] *(persen)*	1,98	1,44	1,49
Kepadatanpenduduk*(per km^2)*	93	109	124
Persentasependudukkota	31	42	50
Periode	1986-89	1996-99	2006-09
Angkakelahirankasar (CBR)[2]	28	23	23
Angkakematian kasar (CDR)[3]	9	8	9
Angkaharapanhidup (Eo)[4]			
Pria	57,9	63,5	68,7
Perempuan	61,5	67,3	72,6

[1] Dihitung dengan menggunakan rumus bunga berbunga
[2] Kelahiran per 1.000 penduduk; diperkirakan dengan menggunakan rumus CBR = 9,48968 + 5,55 TFR
[3] Kematian per 1.000 penduduk; CDR = CBR – GR
[4] Diperkirakan dengan menggunakan metode tidak langsung
Sumber: Badan Pusat Statistik 1992, 2002 dan 2012 (tidak dipublikasi)

Ciri lain dari penduduk Indonesia adalah persebaran penduduk yang tidak merata antar pulau dan provinsi. Menurut hasil Sensus Penduduk 2010, kepadatan penduduk sangat beragam antar wilayah, tidak saja antar pulau, tetapi juga antar provinsi dalam pulau yang sama. Jawa yang hanya 7 persen dari luas wilayah di Indonesia, namun dihuni oleh 58 persen dari seluruh penduduk di Indonesia, membuat kepadatan di Jawa (1.055 orang per kilometer persegi) lebih tinggi dibandingkan dengan pulau-pulau lainnya. Dibandingkan dengan Kalimantan dengan kepadatan 25 orang per kilometer persegi. Provinsi di Pulau Jawa memiliki kepadatan penduduk berkisar 14.469 orang per kilometer persegi di DKI Jakarta sampai 784 orang per kilometer persegi di Jawa Timur. Kepadatan penduduk pada tingkat nasional adalah 109 orang per kilometer persegi pada tahun 2000 menjadi sekitar 124 orang per kilometer persegi pada tahun 2010.

Tabel 1.1 menunjukkan bahwa tingkat fertilitas di Indonesia telah turun dengan tajam sejak tahun 1980an. Angka kelahiran kasar (*Crude Birth Rate* atau CBR) diperkirakan sebesar 28 per 1.000 penduduk pada periode 1986-1989, turun menjadi 23 per 1.000 penduduk pada periode 1996-1999, menghasilkan rata-rata penurunan sebesar 2,1 persen per tahun. Angka-angka tersebut menunjukkan bahwa telah terjadi percepatan dalam penurunan tingkat kelahiran. Tetapi pada tahun 2010, CBR kembali menjadi23 kelahiran per 1.000 penduduk.

Angka harapan hidup saat kelahiran baik untuk pria maupun perempuan meningkat. Angka harapan hidup pria meningkat dari 58 tahun pada 1990 menjadi 69 tahun pada 2010. Padaperempuan, angka harapan hidup meningkat dari 62 tahun pada 1990 menjadi 73 tahun pada 2010.

1.3 KEBIJAKAN DAN PROGRAM KEPENDUDUKAN DAN KELUARGA BERENCANA

Perhatian pemerintah Indonesia terhadap masalah kependudukan telah mulai sejak ditandatanganinya deklarasi mengenai kependudukan oleh para pemimpin dunia termasuk Presiden Suharto pada tahun 1967. Dalam deklarasi tersebut dinyatakan bahwa laju pertumbuhan penduduk yang tinggi merupakan masalah yang harus ditanggulangi karena mengecilkan arti pembangunan dalam bidang ekonomi. Untuk melaksanakan kebijakan kependudukan, pemerintah telah mencanangkan berbagai program, salahsatunya adalah program keluarga berencana (KB).

Kegiatan-kegiatan yang berhubungan dengan KB telah dimulai pada tahun 1957 oleh kelompok swadaya bernama Perkumpulan Keluarga Berencana Indonesia (PKBI) yang bekerja di bawah naungan *International Planned Parenthood Federation* (IPPF). PKBI memberikan pelayanan dan konsultasi mengenai pengaturan kelahiran, di samping perawatan kesehatan ibu dan anak. Pada tahun 1968, pemerintah mendirikan Lembaga Keluarga Berencana Nasional (LKBN), yang dua tahun kemudian diubah menjadi Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), suatu lembaga non-departemen yang bertanggungjawab langsung kepada presiden. Setelah pembentukan BKKBN, pemerintah mempunyai komitmen politis yang kuat dalam pelaksanaan KB, dan dengan partisipasi pemuka agama dan masyarakat menyusun berbagai program untuk memasyarakatkan keluarga berencana di Indonesia.

Dalam waktu kurang dari tiga dasawarsa, kebijaksanaan kependudukan yang diambil pemerintah tidak hanya berhasil menurunkan angka fertilitas menjadi separuh dari keadaan pada waktu program dimulai, tetapi juga meningkatkan kesejahteraan keluarga. Salah satu faktor yang memberikan kontribusi yang besar terhadap keberhasilan program KB di Indonesia adalah keberhasilan pemerintah dalam melibatkan masyarakat untuk ikut berpartisipasi dalam melaksanakan program KB. Sesuai dengan Undang-Undang No. 52 tahun 2009 tentang Perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga sebagai pengganti Undang-Undang No. 10 tahun 1992, KB didefinisikan sebagai upaya mengatur kelahiran anak, jarak dan umur ideal melahirkan, mengatur kehamilan, melalui promosi, perlindungan dan bantuan sesuai dengan hak reproduksi untuk mewujudkan keluarga yang berkualitas.

Pada tahun 1999 suatu paradigma baru diperkenalkan. Berdasarkan UU No.22 Tahun 1999 mengenai Pemerintahan Daerah, sistem pemerintahan berubah dari pemerintahan yang terpusat menjadi otonomi daerah pada tingkat kabupaten/kota. Sejalan dengan era baru ini, sejak 2004 tanggung jawab keluarga berencana juga dilimpahkan ke pemerintahan kabupaten/kota dengan kelembagaan yang bervariasi.

Untuk mengantisipasi perubahan era yang strategis sebagai akibat proses desentralisasi, BKKBN merumuskan ulang visi, misi dan strategi dasar program KB nasional dalam Rencana Strategis (Renstra) BKKBN tahun 2010-2014 tentang Pembangunan Kependudukan dan Keluaga Berencana Nasional. Visi BKKBN adalah ”Penduduk Tumbuh Seimbang 2015”. Visi ini mentargetkan angka fertilitas (TFR) menjadi 2,1 dan *Net Reproduction Rate* (NRR) = 1 pada tahun 2015.

Untuk mewujudkan visi tersebut di atas, maka dirumuskan misi pembangunan kependudukan dan keluarga berencana yaitu ”mewujudkan pembangunan yang berwawasan kependudukan dan mewujudkan keluarga kecil bahagia sejahtera”. Misi tersebut dilakukan melalui: (1) penyerasian kebijakan pengendalian penduduk, (2) penetapan parameter penduduk, (3) peningkatan penyediaan dan kualitas analisis data dan informasi, (4) pengendalian penduduk dalam pembangunan kependudukan dan keluarga berencana, serta (5) mendorong *stakeholder* dan mitra kerja untuk menyelenggarakan pembangunan keluarga berencana dalam rangka penyiapan kehidupan berkeluarga bagi remaja, pemenuhan hak-hak reproduksi, peningkatan ketahanan dan kesejahteraan keluarga peserta KB (BKKBN, 2011).

1.4. KEBIJAKAN DAN PROGRAM KESEHATAN

Undang-Undang Kesehatan Nomor 23/1992 merupakan landasan hukum kegiatan di bidang kesehatan. Dalam undang-undang tersebut tercantum bahwa tujuan pembangunan kesehatan adalah meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat. Undang-Undang tersebut menekankan desentralisasi pertanggungan jawab operasional dan kewenangan daerah sebagai syarat untuk keberhasilan dan kelangsungan pembangunan.

Dalam rencana pengembangan kedua 25 tahun (1994-2019), pembangunan ekonomi dan sumber daya manusia diidentifikasikan sebagai kunci keberhasilan pembangunan pendidikan dan kemandirian. Mengacu pada kebijakan nasional tahun 1993, strategi diarahkan pada peningkatan kesehatan dan status

gizi masyarakat: meningkatkan mutu pelayanan kesehatan, kemudahan pelayanan kesehatan yang harus makin terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat, dan promosi hidup sehat, didukung dengan perumahan dan pemukiman yang layak dan berkualitas.

Pada pertengahan September 1998, diperkenalkan paradigma baru kesehatan yang memfokuskan pembangunan kesehatan kepada upaya pencegahan daripada penyembuhan dan rehabilitasi. Visi baru tersebut dituangkan dalam motto "Indonesia Sehat 2010". Tahun 2010 tersebut digunakan sebagai batas waktu yang cukup jauh untuk mengukur tingkat keberhasilan pencapaian target. Pada bulan Oktober 1999, Menteri Kesehatan mengenalkan "Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010", yang menggarisbawahi tujuan berikut: (1) memprakarsai pembangunan nasional berorientasi pada kesehatan; (2) menjaga kesehatan individu, keluarga, dan masyarakat seiring dengan peningkatan lingkungan; (3) menjaga kualitas, keseimbangan dan keterjangkauan pelayanan kesehatan; dan (4) mempromosikan kepercayaan masyarakat untuk mencapai kesehatan yang baik.

Pada bulan Januari 2010, Menteri Kesehatan mencanangkan *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2010-2014* yang baru dengan menekankan visi "Masyarakat Sehat yang Mandiri dan Berkeadilan". Untuk mencapai masyarakat sehat yang mandiri dan berkeadilan ditempuh melalui misi sebagai berikut: (1) meningkatkan derajat kesehatan masyarakat, melalui pemberdayaan masyarakat, termasuk swasta dan masyarakat madani, (2) melindungi kesehatan masyarakat dengan menjamin tersedianya upaya kesehatan yang paripurna, merata, bermutu, dan berkeadilan, (3) menjamin ketersediaan dan pemerataan sumberdaya kesehatan, serta (4) menciptakan tata kelola kepemerintahan yang baik (Kemkes, 2010).

1.5. TUJUAN SURVEI

Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 adalah survei ketujuh di Indonesia di bawah bimbingan program DHS. Survei sebelumnya adalah: Survei Prevalensi Kontrasepsi Indonesia 1987 (SPI 1987), SDKI 1991, SDKI 1994, SDKI 1997, SDKI 2002-03, dan SDKI 2007. Sejak SDKI 2002-03, kegiatan diperluas dengan mencakup survei terhadap pria kawin umur 15-54 tahun dan remaja pria dan wanita umur 15-24 tahun yang belum pernah kawin. Hasil dari kedua kegiatan ini disajikan dalam laporan yang terpisah.Berbeda dengan SDKI sebelumnya di mana yang diwawancarai adalah wanita pernah kawin umur 15-49 tahun, maka SDKI 2012 mencakup seluruh wanita umur subur (WUS) 15-49 tahun di rumah tangga yang terkena sampel. Selain sampel WUS, SDKI 2012 juga mewawancarai sejumlah pria berstatus kawin umur 15-54 tahun dan remaja pria umur 15-24 tahun yang belum pernah kawin.

SDKI 2012 dirancang khusus untuk mencapai beberapa tujuan berikut:

- Menyediakan data mengenai fertilitas, keluarga berencana, kesehatan ibu dan anak, kematian dewasa (termasuk kematian ibu) dan pengetahuan tentang AIDS dan PMS untuk pengelola program, pengambil kebijakan, dan peneliti untuk membantu mereka dalam mengevaluasi dan meningkatkan program yang ada.
- Mengukur tren angka fertilitas dan pemakaian KB, serta mempelajari faktor-faktor yang mempengaruhi perubahannya, seperti pola dan status perkawinan, daerah tempat tinggal, pendidikan, kebiasaan menyusui, serta pengetahuan, penggunaan, serta ketersediaan alat kontrasepsi.
- Mengukur pencapaian sasaran yang dibuat sebelumnya oleh program kesehatan nasional, dengan fokus pada kesehatan ibu dan anak.
- Menilai partisipasi dan penggunaan pelayanan kesehatan oleh pria, juga keluarganya.

- Menciptakan data dasar yang secara internasional dapat dibandingkan dengan negara-negara lain yang dapat digunakan oleh para pengelola program, pengambil kebijakan, dan peneliti dalam bidang KB, fertilitas, dan kesehatan secara umum.

1.6 ORGANISASI SURVEI

SDKI 2012 dilaksanakan oleh Badan Pusat Statistik (BPS) bekerja sama dengan Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) dan Kementerian Kesehatan (Kemkes). Pembiayaan survei disediakan oleh Pemerintah Indonesia. *ICFInternational* memberibantuan teknis melalui MEASURE DHS, sebuah program yang didanai oleh *U.S. Agency for International Development* (USAID)dan menyediakan bantuan teknis dalam pelaksanaan survei kependudukan dan kesehatan di banyak negara.

Tim pengarah survei dibentuk dengan anggota wakil-wakil dari BPS, BKKBN, Kemkes dan Kementerian Perencanaan Pembangunan Nasional/Badan Perencanaan Pembangunan Nasional. Tim teknis yang beranggotakan wakil-wakil dari instansi yang sama ditambah Lembaga Demografi Universitas Indonesia.

Kepala BPS Provinsi bertanggung jawab atas segi teknis dan administratif pelaksanaan survei di daerahnya masing-masing. Mereka dibantu oleh koordinator lapangan, yaitu Kepala Bidang Statistik Sosial di BPS Provinsi.

1.7 KUESIONER

SDKI 2012 menggunakan empat macam kuesioner: kuesioner rumah tangga, kuesioner wanita umur subur, kuesioner pria kawin, dan kuesioner remaja pria belum pernah kawin. Terkait perubahan cakupan sampel individu wanita dari wanita pernah kawin (WPK) umur 15-49 tahun dalam SDKI 2007 menjadi wanita umur subur (WUS) 15-49 tahunpada SDKI 2012, maka kuesioner WUS ditambahkan pertanyaan-pertanyaan untuk remaja wanita belum pernah kawin umur 15-24 tahun. Tambahan pertanyaan ini merupakan bagian dari kuesioner Survei Kesehatan Reproduksi Remaja tahun 2007.

Kuesioner rumah tangga maupun kuesioner WUS SDKI 2012 sebagian besar mengacu pada versi terbaru (Maret 2011) kuesioner standar yang digunakan program DHS VI. Model kuesioner tersebut disesuaikan dengan kebutuhan di Indonesia. Beberapa pertanyaan di kuesioner standar DHS tidak dicakup dalam SDKI 2012 karena kurang sesuai dengan kondisi di Indonesia. Selain itu, kategori jawaban serta tambahan pertanyaan disesuaikan dengan muatan lokal terkait program di bidang kesehatan dan keluarga berencana di Indonesia.

Kuesioner rumah tangga digunakan untuk mencatat seluruh anggota rumah tangga dan tamu yang menginap di rumah tangga terpilih sampel malam sebelum wawancara, dan keadaan tempat tinggal rumah tangga terpilih. Pertanyaan dasar anggota rumah tangga yang dikumpulkan adalah umur, jenis kelamin, status perkawinan, pendidikan, dan hubungan dengan kepala rumah tangga. Keterangan mengenai tempat tinggal yang dikumpulkan meliputi sumber air minum, jenis kakus, jenis lantai, jenis atap, jenis dinding, dan kepemilikan aset rumah tangga. Informasi mengenai kepemilikan aset menggambarkan status sosial-ekonomi rumah tangga tersebut.Kegunaan utama kuesioner rumah tangga adalah untuk menentukan responden wanita dan pria yang memenuhi syarat untuk wawancara perseorangan.

Kuesioner WUS digunakan untuk mengumpulkan informasi dari wanita umur 15-49 tahun. Topik yang ditanyakan kepada wanita tersebut adalah:

- Latar belakang responden (status perkawinan, pendidikan, akses terhadap media massa, dan lain-lain)
- Riwayat kelahiran
- Pengetahuan dan pemakaian kontrasepsi
- Perawatan kehamilan, persalinan, dan pemeriksaan setelah melahirkan
- Pemberian air susu ibu dan makanan anak
- Kematian anak
- Imunisasi dan kesakitan anak
- Perkawinandankegiatan seksual
- Preferensi fertilitas
- Latar belakang suami/pasangan dan pekerjaan responden
- Pengetahuan tentang HIV-AIDS dan infeksi seksual lain
- Kematian saudara kandung, termasuk kematian ibu
- Isu kesehatan lainnya

Khusus untuk wanita umur 15-24 tahun yang belum pernah kawin, ditanyakan:

- Latar belakang tambahan responden
- Pengetahuan mengenai sistem reproduksi manusia
- Sikaptentang perkawinan dan anak
- Peran keluarga, sekolah, masyarakat, dan media
- Rokok, minuman beralkohol, dan obat-obatan terlarang
- Pacaran dan perilaku seksual

Kuesioner pria kawin(PK) digunakan untuk mengumpulkan informasi dari pria berstatus kawin umur 15-54 tahun pada sepertiga jumlah sampel rumah tangga SDKI 2012. Informasi yang dikumpulkan dalam kuesioner PK hampir sama dengan kuesioner WUS namun lebih pendek karena tidak mencakup riwayat kelahiran, dan kesehatan ibu dan anak. Sebaliknya, pria berstatus kawin ditanya mengenai pengetahuan dan partisipasi mereka dalam perawatan kesehatan anak.Kuesioner untuk remaja pria (RP) mencakup pertanyaan yang sama dengan pertanyaan yang diajukan pada remaja wanita belum pernah kawin umur 15-24 tahun dalam kuesioner WUS.

1.8 UJI COBA, PELATIHAN, DAN LAPANGAN

1.8.1 Uji Coba

Sebelum memulai kegiatan di lapangan, kuesioner diujicobakan di Provinsi Riau dan Nusa Tenggara Timur untuk memastikan bahwa pertanyaan-pertanyaan sudah jelas dan dapat dipahami oleh responden. Uji coba pada tahun 2011 menjadi penting terkait dengan cakupan sampel yang berbeda untuk individu perempuan dari wanita yang pernah kawin umur 15-49 tahun, menjadi semua wanita umur 15-49 tahun terlepas dari status perkawinan. Selain itu, ada pertanyaan baru dan tambahan penyesuaian format pertanyaan yang disesuaikan dengan kuesioner standar DHS standar.

Dua tim direkrut di setiap provinsi. Uji coba dilakukan mulai pertengahan Juli hingga pertengahan Agustus 2011 diempat kabupaten terpilih, yang mencakup 4 blok sensus perkotaan dan empat blok sensus perdesaan. Kabupaten yang dipilih untuk uji coba adalah Pekanbaru dan Kabupaten Kampar (Provinsi Riau), serta Kota Kupang dan Kabupaten Timor Tengah Selatan (Provinsi Nusa Tenggara Timur). Berdasarkan temuan uji coba, dilakukan penyempurnaan terhadap kuesioner rumah tangga dan individu.

1.8.2 Pelatihan

Sejumlah 922 orang (376 pria dan 546 wanita) dilatih sebagai pewawancara. Pelatihan berlangsung selama 12 hari di bulan Mei 2012 di sembilan pusat pelatihan:Batam, Bukit Tinggi, Banten, Yogyakarta, Denpasar, Banjarmasin, Makasar, Manokwari dan Jayapura. Pelatihan mencakup pembelajaran materi di kelas, latihan berwawancara dan tes. Pelatihan dibedakan menjadi tiga kelas: kelas wanita (WUS), kelas pria kawin (PK), dan kelas remaja pria (RP). Seluruh peserta dilatih menggunakan kuesioner rumah tangga dan kuesioner perseorangan sesuai jenis kelasnya.

1.8.3 Lapangan

Data SDKI 2012 dikumpulkan oleh 119 tim petugas. Satu tim terdiri dari delapan orang: 1 orang pengawas pria, 1 orang editor wanita untuk WUS dan PK, 4 orang wanita pewawancara WUS, 1 orang pria pewawancara PK (merangkap sebagai editor RP), dan 1 orang pria pewawancara RP.Untuk Papua dan Papua Barat, satu tim terdiri dari dari lima orang: 1 orang pengawas pria (merangkap sebagai editor PK dan RP), 1 orang editor WUS (wanita), 2 orang wanita pewawancara WUS dan 1 orang pria pewawancara PK dan RP. Kegiatan lapangan berlangsung dari 7 Mei sampai 31 Juli 2012.

Keterangan lebih lanjut mengenai pelaksanaan lapangan dapat dilihat pada Lampiran B. Lampiran E menyajikan daftar orang-orang yang ikut berpartisipasi dalam survei. Daftar pertanyaan survei dicantumkan dalam Lampiran F.

1.9 PENGOLAHAN DATA

Seluruh kuesioner SDKI 2012 yang sudah diisi termasuk lembar pengawasan dikirim ke kantor pusat BPS di Jakarta untuk diolah. Pengolahan terdiri dari pemeriksaan isian, pemberian kode pada jawaban pertanyaan terbuka, perekaman data, verifikasi, dan pengecekan kesalahan di komputer. Tim pengolahan terdiri dari 42 orang editor, 58 orang perekam data, 14 orang *secondary editor*, dan 14 orangpengawas perekaman data. Perekaman dan pemeriksaan data dilakukan menggunakan program komputer *Census and Survei Processing System (CSPro*), yang khusus dirancang untuk mengolah data semacam SDKI.

1.10 HASIL KUNJUNGAN

SDKI 2012 menghasilkan dua laporan yang terpisah. Laporan diperoleh dari hasil wawancara dengan wanita 15-49 tahun dan semua pria kawin umur 15-54 tahun. Hasil wawancara dengan wanita belum kawin dan pria belum kawian umur 15-24 tahun adalah laporan yang disajikan khusus mengenai kesehatan reproduksi remaja (KRR) bagian dari SDKI.

Seperti halnya SDKI tahun-tahun sebelumnya, sampel SDKI 2012 dirancang untuk memperoleh angka estimasi tingkat nasional, perkotaan dan perdesaan, dan provinsi. Tabel 1.2 adalah ringkasan dari hasil wawancara rumah tangga dan perorangan dalam SDKI 2012, menurut daerah perkotaan dan perdesaan. Secara umum, hasil kunjungan untuk rumah tangga dan perseorangan relatif tinggi. Dari 46.024 rumah tangga yang terpilih dalam survei ini 44.302 rumah tangga ditemukan, dan dari jumlah tersebut 43.852 atau 99 persen rumah tangga berhasil diwawancarai.

Dari rumah tangga yang diwawancarai, terdapat 47.533 wanita yang memenuhi syarat untuk diwawancarai, dan yang berhasil diwawancarai ada 45.607 wanita, menghasilkan tingkat respon sebesar 96 persen. Dari sepertiga jumlah rumah tangga, terdapat 10.086 pria yang memenuhi syarat untuk diwawancarai, dan yang berhasil diwawancarai ada 9.306 pria, menghasilkan tingkat respon sebesar 92 persen. Tingkat respon pria yang lebih rendah disebabkan oleh sering atau lamanya pria tidak berada di rumah. Secara umum, tingkat respon untuk wawancara dengan pria kawin di daerah perdesaan lebih tinggi daripada di daerah perkotaan.

Tabel 1.2 Hasil wawancara rumah tangga dan perseorangan

Jumlah rumah tangga, jumlah kunjungan dan hasil kunjungan, menurut tempat tinggal (tidak tertimbang), Indonesia 2012

Hasil	Daerah		Jumlah
	Perkotaan	Perdesaan	
Wawancararumahtangga			
Rumahtanggasampel	22.039	23.985	46.024
Rumahtanggaditemui	21.130	23.172	44.302
Rumahtanggadiwawancarai	20.866	22.986	43.852
Hasil kunjungan[1]	98,8	99,2	99,0
Wawancaraperseoranganwanita			
Wanita yang memenuhisyarat	23.949	23.584	47.533
Wanita yang diwawancarai	22.898	22.709	45.607
Hasil kunjungan[2]	95,6	96,3	95,9
Wawancara perseorangan pria			
Pria yang memenuhi syarat	4.836	5.250	10.086
Pria yang diwawancarai	4.417	4.889	9.306
Hasil kunjungan[2]	91,3	93,1	92,3

[1] Rumahtangga yang diwawancarai/rumahtangga yang ditemui

[2] Responden yang diwawancarai/responden yang memenuhi syarat

KARAKTERISTIK PERUMAHAN DAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

2

Temuan Utama:

- Tiga dari empat rumah tangga di Indonesia memiliki akses terhadap sumber air minum layak.
- Tujuh puluh persen rumah tangga menerapkan metode pengolahan air tertentu sebelum diminum.
- Enam puluh delapan persen rumah tangga memiliki fasilitas pembuangan akhir layak milik sendiri.
- Lebih dari separuh rumah tangga (52 persen) memasak menggunakan LPG atau gas alam.
- Dua pertiga rumah tangga memiliki sepeda motor atau skuter.
- Tiga puluh persen penduduk Indonesia berumur di bawah 15 tahun.
- Lima belas persen kepala rumah tangga berjenis kelamin perempuan.
- Dua dari tiga kelahiran anak umur di bawah lima tahun (balita) tercatat dan 57 persen balita memiliki akte kelahiran.

Bab ini menyajikan gambaran umum karakteristik sosial ekonomi penduduk, termasuk komposisi rumah tangga, sumber air minum, fasilitas sanitasi, kondisi perumahan, kepemilikan aset rumah tangga dan fasilitas cuci tangan. Informasi tentang aset rumah tangga digunakan untuk membentuk indikator status ekonomi rumah tangga yang digambarkan dalam bentuk indeks kekayaan. Di samping itu, bab ini juga menguraikan karakteristik demografi rumah tangga yang meliputi umur, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan kepemilikan akte kelahiran untuk anak balita.

Pengertian rumah tangga dalam Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) tahun 2012 adalah seorang atau sekelompok orang, baik ada hubungan maupun tidak ada hubungan, yang biasanya hidup bersama dalam satu unit tempat tinggal dan pengelolaan makannya menjadi satu, serta yang menetapkan satu orang anggota rumah tangga dewasa sebagai kepala rumah tangga. Anggota rumah tangga merujuk pada setiap orang yang biasanya tinggal di rumah tangga tersebut. Informasi tentang anggota rumah tangga yang dikumpulkan menggunakan Kuesioner Rumah Tangga (lihat Lampiran F) dalam SDKI 2012 adalah semua orang yang biasanya tinggal di rumah tangga terpilih (penduduk *de jure*) maupun mereka yang tinggal di rumah tangga terpilih pada malam sebelum wawancara (penduduk *de facto*).

2.1 KARAKTERISTIK PERUMAHAN

Karakteristik tempat tinggal di mana anggota rumah tangga tinggal merupakan faktor penting yang menentukan status kesehatan anggota rumah tangga, utamanya anggota rumah tangga yang rentan seperti anak-anak dan orang lanjut umur. Sumber air minum, jenis fasilitas sanitasi, jenis lantai, dinding, dan atap, jumlah ruangan dalam rumah tempat tinggal, dan jenis bahan bakar yang dugunakan untuk memasak adalah karakteristik fisik rumah tangga yang ditanyakan dalam SDKI 2012 dan digunakan untuk menentukan tingkat kesejahteraan dan status sosial ekonomi anggota rumah tangga. Hasil pendataan disajikan baik dalam bentuk rumah tangga terpilih dan penduduk *de jure*.

2.1.1 Air Minum

Peningkatan akses pada air minum layak merupakan salah satu tujuan yang tercantum dalam Tujuan Pembangunan Milenium (MDGs) yang diadopsi oleh Indonesia bersama negara-negara lain di dunia (*United Nations General Assembly*, 2001). Tabel 2.1 menyajikan sejumlah indikator yang digunakan untuk memantau akses rumah tangga pada air minum layak (WHO and UNICEF, 2005). Sumber air minum merupakan satu indikator untuk menilai layak tidaknya air yang diperoleh untuk diminum. Dalam Tabel 2.1, yang diidentifikasi sebagai sumber air minum layak adalah sumber air minum yang menghasilkan air yang layak untuk diminum. Sumber air minum layak di antaranya air perpipaan (leding) yang dialirkan sampai ke dalam rumah atau halaman, kran umum, sumur terlindung, air kemasan atau air isi ulang.[1]

Tabel 2.1 Air minum rumah tangga

Distribusi persentase rumah tangga dan penduduk *de jure* menurut sumber air minum, waktu untuk memperoleh air minum, dan pengelolaan air minum, berdasarkan daerah tempat tinggal, Indonesia 2012

	Rumah Tangga			Penduduk		
Karakteristik	Perkotaan	Perdesaan	Jumlah	Perkotaan	Perdesaan	Jumlah
Sumber air minum						
Sumber layak						
Perpipaan ke dalam rumah	12,9	5,2	9,0	13,7	5,2	9,5
Perpipaan ke halaman	2,4	1,4	1,9	2,6	1,3	1,9
Kran umum	2,1	1,2	1,6	2,1	1,1	1,6
Sumur terlindung dalam rumah	17,0	14,5	15,7	17,8	14,3	16,0
Sumur terlindung di halaman	8,8	15,8	12,4	8,8	15,4	12,1
Sumur umum terlindung	4,1	8,7	6,4	3,7	8,4	6,1
Air kemasan/isi ulang	41,8	14,7	28,0	39,9	14,7	27,2
Sumber tidak layak						
Sumur terbuka dalam rumah	2,3	2,4	2,4	2,5	2,5	2,5
Sumur terbuka di halaman	2,4	5,5	4,0	2,4	5,5	3,9
Sumur umum terbuka	1,1	3,4	2,3	1,0	3,5	2,3
Mata air	2,7	17,2	10,1	2,7	17,4	10,1
Sungai	0,2	4,0	2,2	0,2	4,3	2,3
Danau	0,0	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0
Waduk	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1
Air hujan	1,1	4,3	2,7	1,1	4,4	2,8
Truk tangki	0,8	1,0	0,9	0,9	1,1	1,0
Lainnya	0,3	0,6	0,4	0,3	0,5	0,4
Tidak terjawab	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Jumlah	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Persentase menggunakan sumber air minum layak	89,1	61,2	74,9	88,7	60,5	74,5
Waktu untuk memperoleh air minum (pergi pulang)						
Air langsung diperoleh	51,1	60,2	55,7	53,0	59,6	56,3
Kurang dari 30 menit	46,5	35,4	40,9	44,6	35,7	40,2
30 menit atau lebih	1,0	3,4	2,2	1,0	3,8	2,4
Tidak tahu/tidak terjawab	1,4	1,0	1,2	1,4	0,9	1,1
Jumlah	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pengelolaan air sebelum diminum[1]						
Dimasak	58,4	80,4	69,6	60,0	80,1	70,1
Ditambahkan klorin	0,3	0,6	0,5	0,3	0,6	0,5
Disaring dengan kain	1,5	3,7	2,6	1,6	3,9	2,8
Difilter dengan keramik, pasir atau lainnya	1,8	3,0	2,4	1,8	2,8	2,3
Disinfektan matahari	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lainnya	20,7	25,0	22,9	21,3	24,8	23,0
Tanpa perlakuan	37,9	17,9	27,7	36,3	18,1	27,1
Persentase menggunakan metode pengelolaan yang tepat[2]	59,0	80,7	70,1	60,7	80,5	70,6
Jumlah	21.523	22.329	43.852	87.230	87.747	174.977

[1] Responden menerapkan beberapa metode pengelolaan sehingga kalau dijumlah seluruhnya akan melebihi 100 persen,
[2] Metode pengelolaan air yang tepat dengan memasak, menambahkan pemutih, penyaringan, pemfilteran, dan disinfeksi matahari

[1] Kategori sumber air minum layak dan tidak layak mengikuti petunjuk yang dikeluarkan oleh WHO/UNICEF *Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation* (WHO dan UNICEF, 2004).

Kurangnya akses pada sumber air minum yang dekat dengan tempat tinggal berkecenderungan membatasi jumlah ketersediaan air minum dalam rumah tangga. Meskipun air yang diperoleh berasal dari sumber air minum layak, namun air yang harus diangkut dari sumber air minum yang jaraknya cukup jauh dari tempat tinggal memungkinkan terkontaminasinya air selama perjalanan maupun dalam proses penyimpanan. Untuk itu, rumah tangga harus ditanyakan mengenai cara pengelolaan air yang mereka terapkan sebelum diminum.

Tabel 2.1 memperlihatkan bahwa sumber air minum utama adalah sumur terlindung, baik yang berada di dalam rumah, di halaman, atau kran umum (35 persen). Dua puluh delapan persen rumah tangga menggunakan air kemasan, termasuk air isi ulang. Proporsi ini lebih tinggi di wilayah perkotaan dibandingkan di daerah perdesaan (masing-masing 42 dan 15 persen). Sumber air minum lainnya adalah mata air (10 persen) dan air hujan (3 persen). Rumah tangga di daerah perdesaan yang menggunakan mata air sebagai sumber air lebih banyak dibandingkan rumah tangga di daerah perkotaan (17 persen dibandingkan 3 persen). Hanya dua persen rumah tangga yang menggunakan sumber air terbuka seperti sungai dan danau. Empat puluh tujuh persen rumah tangga di daerah perkotaan memerlukan waktu kurang dari 30 menit pergi-pulang untuk mencapai sumber air, sementara di daerah perdesaan hanya 35 persen rumah tangga.

Secara nasional, 70 persen rumah tangga menerapkan metode pengelolaan air tertentu sebelum diminum. Rumah tangga di daerah perkotaan yang menerapkan metode pengelolaan air lebih sedikit dibandingkan rumah tangga di daerah perdesaan (masing-masing 59 persen dan 81 persen) karena rumah tangga di daerah perkotaan cenderung menggunakan air kemasan atau air isi ulang untuk minum. Secara keseluruhan, memasak air sebelum diminum merupakan metode pengelolaan air yang paling umum dilakukan (70 persen).

2.1.2 Fasilitas Sanitasi Rumah Tangga

Memastikan ketersediaan fasilitas sanitasi yang layak merupakan tujuan lainnya dari MDGs untuk keterbandingan dengan negara lain. Rumah tangga dikategorikan memiliki fasilitas jamban yang layak jika jamban tersebut hanya digunakan oleh anggota rumah tangga (yaitu tidak dipakai bersama dengan rumah tangga lain) dan jika fasilitas yang digunakan oleh rumah tangga memisahkan tempat pembuangan akhir dari kontak manusia (WHO/UNICEF *Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation*, 2005).

Rumah tangga tanpa fasilitas sanitasi yang layak memiliki risiko lebih besar terkena penyakit seperti diare, disentri, dan typhus dibandingkan dengan rumah tangga dengan fasilitas sanitasi yang layak. Tabel 2.2 memperlihatkan sebaran rumah tangga menurut jenis jamban atau fasilitas pembuangan akhir dan jarak dari sumur dengan tangki septik terdekat. Rumah tangga yang memiliki jamban sendiri[2] sebesar 68 persen, meningkat dari 57 persen pada SDKI 2007 (BPS and Macro International, 2008). Sepuluh persen rumah tangga menggunakan fasilitas bersama, dan sisanya 23 persen rumah tangga tidak memiliki jamban. Persentase ini lebih rendah dibandingkan hasil SDKI 2007 (33 persen). Perbedaan daerah perkotaan dan perdesaan cukup mencolok; 80 persen rumah tangga di daerah perkotaan memiliki fasilitas jamban sendiri dibandingkan dengan 56 persen rumah tangga di daerah perdesaan. Pada 24 persen rumah tangga, jarak sumur dengan tangki septik[3] terdekat kurang dari tujuh meter, dan 63 persen rumah tangga memiliki sumur yang berjarak tujuh meter atau lebih dengan tangki septik terdekat.

[2] Dalam SDKI: jamban sendiri didefinisikan sebagai fasilitas yang tidak dibagi dengan orang lain.
[3] Dalam tabel ini: lokasi tangki septik tidak ditentukan apakah dalam rumahtangga atau tidak

Tabel 2,2 Fasilitas sanitasi rumah tangga

Distribusi persentase rumah tangga dan penduduk *de jure* menurut jenis fasilitas kakus/jamban, berdasarkan daerah tempat tinggal, Indonesia 2012

	Rumah Tangga			Penduduk		
Jenis fasilitas kakus/jamban	Perkotaan	Perdesaan	Jumlah	Perkotaan	Perdesaan	Jumlah
Fasilitas sendiri dan layak						
Pribadi dengan tangki septic	71,7	47,8	59,6	73,4	48,6	60,9
Pribadi tanpa tangki septic	7,8	8,1	8,0	8,2	8,4	8,3
Bersama/umum	9,9	9,5	9,7	7,8	8,9	8,4
Fasilitas tidak layak						
Lubang kakus	1,3	9,2	5,3	1,2	9,1	5,2
Kebun/semak/hutan	0,8	5,4	3,1	0,8	5,5	3,2
Sungai/kali	7,3	16,7	12,1	7,4	16,4	11,9
Lainnya	1,1	3,2	2,1	1,2	3,0	2,1
Tidak terjawab	0,0	0,1	0,1	0,0	0,1	0,0
Jumlah	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Jumlah	21.523	22.329	43.852	87.230	87.747	174.977
Jarak antara sumur dan tangki septik terdekat[2]						
Kurang dari 7 meter	27,0	21,7	23,9	27,3	21,5	23,9
7 meter atau lebih	61,0	64,7	63,2	61,1	65,1	63,4
Tidak tahu/tidak terjawab	12,0	13,5	12,9	11,6	13,4	12,7
Jumlah	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Jumlah	7.659	11.235	18.894	31.613	43.563	75.176

[1] Fasilitas yang dianggap layak jika fasilitas tidak dipergunakan bersama oleh dua atau lebih rumah tangga,
[2] Hanya rumah tangga yang menggunakan sumur sebagai sumber air minum,

2.1.3 Karakteristik Perumahan

Karakteristik perumahan seperti jenis lantai dalam rumah tempat tinggal dapat digunakan sebagai indikator ekonomi dan indikator kesehatan rumah tangga. Beberapa jenis lantai seperti tanah atau pasir mendatangkan masalah kesehatan bagi rumah tangga karena merupakan lingkungan alami bagi serangga atau parasit, dan terlebih lagi sebagai sumber debu. Selain itu, jenis lantai seperti ini sangat sulit dibersihkan.

Tabel 2.3 menunjukkan bahwa 96 persen rumah tangga yang tercakup dalam SDKI 2012 memiliki listrik, mengalami sedikit peningkatan dari 91 persen hasil SDKI 2007 (BPS dan *Macro International*, 2008). Tidak terdapat perbedaan yang nyata antara daerah perkotaan dan perdesaan; 99 persen rumah tangga di daerah perkotaan dan 93 persen rumah tangga perdesaan memiliki listrik.

Hanya 8 persen rumah tangga memiliki lantai tanah atau pasir; 13 persen rumah tangga di daerah perdesaan dan 3 persen rumah tangga di daerah perkotaan. Empat puluh persen rumah tangga menempati rumah tempat tinggal dengan lantai ubin, semen, atau bata merah. Persentase ini sama dengan rumah tangga yang menempati rumah tempat tinggal dengan lantai keramik, marmer, atau granit. Terdapat perbedaan yang cukup mencolok antara daerah perkotaan dan daerah perdesaan untuk jenis lantai ini; 54 persen di daerah perkotaan dan 26 persen di daerah perdesaan. Sebelas persen rumah tangga menggunakan kayu atau papan sebagai lantai untuk rumah tempat tinggal mereka.

Sebagian besar rumah tangga di Indonesia (87 persen) melakukan kegiatan memasak di dalam rumah. Mayoritas rumah tangga menggunakan Liquefied Petroleum Gas (LPG) atau gas alam dan kayu bakar untuk memasak (masing-masing 52 dan 38 persen), sementara hanya 7 persen rumah tangga tetap menggunakan minyak tanah. Rumah tangga yang menggunakan LPG atau gas alam untuk memasak dalam SDKI 2012 mengalami peningkatan cukup signifikan dibandingkan dengan hasil SDKI 2007 (11 persen) karena Pemerintah Indonesia mencanangkan "Program Konversi Minyak Tanah ke LPG" sejak 2007 dalam mengantisipasi krisis bahan bakar dan krisis pangan global. Program ini bertujuan melakukan konversi minyak tanah sebagai bahan bakar utama memasak yang digunakan oleh rumah tangga agar beralih menggunakan LPG dalam upaya meghemat anggaran subsidi bahan bakar. Terdapat perbedaan yang cukup nyata antara daerah perkotaan dan perdesaan menurut jenis bahan bakar untuk memasak.

Sebanyak 70 persen rumah tangga perkotaan menggunakan gas LPG atau alam untuk memasak, dan 34 persen rumah tangga perdesaan yang menggunakan bahan bakar sejenis. Disamping itu, 16 persen rumah tangga perkotaan menggunakan kayu bakar dibandingkan dengan 59 persen rumah tangga di daerah perdesaan.

Tabel 2.3 Karakteristik rumah tangga

Distribusi persentase rumah tangga menurut karakteristik perumahan, persentase menggunakan bahan bakar padat untuk memasak, dan sebaran persentase menurut frekuensi merokok dalam rumah, berdasarkan daerah tempat tinggal, Indonesia 2012

Karakteristik perumahan	Daerah tempat tinggal		Jumlah
	Perkotaan	Perdesaan	
Listrik			
Ya	99,1	92,9	96,0
Tidak	0,7	7,0	3,9
Tidak terjawab	0,2	0,1	0,1
Jumlah	100,0	100,0	100,0
Bahan lantai			
Tanah/pasir	3,2	13,1	8,2
Kayu/papan	5,7	16,0	10,9
Bambu	0,2	1,8	1,0
Parket	0,1	0,0	0,1
Keramik/marmer/granit	54,0	25,6	39,5
Ubin/teraso	11,1	7,4	9,2
Semen/bata merah	25,5	35,8	30,7
Lainnya	0,0	0,4	0,2
Tidak terjawab	0,1	0,1	0,1
Jumlah	100,0	100,0	100,0
Kamar untuk tidur			
Satu	22,9	21,2	22,0
Dua	36,2	39,6	37,9
Tiga atau lebih	38,1	36,1	37,1
Tidak terjawab	2,8	3,1	3,0
Jumlah	100,0	100,0	100,0
Tempat untuk masak			
Dalam rumah	88,1	85,3	86,7
Dalam bangunan terpisah	4,8	10,3	7,6
Di luar rumah	3,3	3,5	3,4
Tidak memasak di rumah	3,6	0,8	2,2
Lainnya	0,0	0,0	0,0
Tidak terjawab	0,0	0,1	0,1
Jumlah	100,0	100,0	100,0
Bahan bakar untuk masak			
Listrik	0,5	0,2	0,3
Biogas	0,2	0,1	0,2
Minyak tanah	9,5	5,3	7,4
Batu bara	0,0	0,0	0,0
Arang	0,2	0,6	0,4
Kayu bakar	15,5	58,9	37,6
Semak/rumput	0,0	0,1	0,0
LPG/Gas Alam	70,3	34,0	51,8
Tidak memasak di rumah	3,6	0,8	2,2
Lainnya	0,1	0,0	0,0
Tidak terjawab	0,1	0,1	0,1
Jumlah	100,0	100,0	100,0
Persentase menggunakan bahan bakar padat untuk masak[1]	15,8	59,5	38,1
Frekuensi merokok dalam rumah			
Sekali sehari	60,1	67,5	63,8
Sekali seminggu	6,1	6,7	6,4
Sekali sebulan	3,0	3,1	3,0
Kurang dari sekali sebulan	2,4	2,1	2,2
Tidak pernah	28,4	20,6	24,4
Tidak terjawab	0,1	0,1	0,1
Jumlah	100,0	100,0	100,0
Jumlah	21.523	22.329	43.852

LPG = Liquefied petroleum gas
[1] Termasuk batu bara, arang, kayu bakar/ilalang/semak/rumput, jerami, dan kotoran binatang

Informasi mengenai kebiasaan merokok dikumpulkan dalam SDKI 2012 untuk menentukan persentase anggota rumah tangga yang terpajan menjadi perokok pasif, yang merupakan faktor risiko untuk mereka yang tidak merokok. Frekuensi merokok di dalam rumah yang tersaji dalam Tabel 2.3 menunjukkan bahwa 64 persen rumah tangga terpajan setiap hari menjadi perokok pasif; rumah tangga perdesaan lebih besar kemungkinannya terpajan menjadi perokok pasif dibandingkan rumah tangga perkotaan (masing-masing 68 persen dan 60 persen).

2.2. KEPEMILIKAN RUMAH TANGGA

Keberadaan barang tahan lama dalam rumah tangga, seperti radio, televisi, telepon, kulkas, sepeda motor, dan mobil pribadi, merupakan salah satu indikator yang bermanfaat untuk mengukur status sosial ekonomi rumah tangga. Selain itu, kepemilikan dan penggunaan barang tahan lama dalam rumah tangga memiliki dampak dan implikasi berganda. Misalnya, kepemilikan radio atau televisi mengukur akses terhadap media massa dan terpajannya pada ide inovatif. Demikian pula kepemilikan telepon mengukur akses terhadap media komunikasi yang efisien; kepemilikan kulkas untuk mempertahankan kesehatan makanan; dan kepemilikan media transportasi pribadi memungkinkan akses yang lebih besar terhadap berbagai layanan yang jaraknya jauh dari tempat tinggal.

Tabel 2.4 memperlihatkan bahwa 34 persen rumah tangga memiliki radio, 83 persen memiliki televisi, 83 persen memiliki telepon seluler, dan 40 persen memiliki kulkas. Kepemilikan radio mengalami penurunan dari 49 persen pada 2007 menjadi 34 persen pada 2012, sementara kepemilikan televisi meningkat dari 69 persen menjadi 83 persen. Rumah tangga yang menggunakan telepon seluler menunjukkan peningkatan yang signifikan mulai kurang dari 42 persen pada 2007 menjadi 83 persen pada 2012. Untuk media transportasi, 42 persen rumah tangga meiliki sepeda, 67 persen memiliki sepeda motor atau skuter, dan 9 persen rumah tangga memiliki mobil atau truk pribadi. Sebanyak 36 persen rumah tangga memiliki lahan pertanian sendiri; 54 persen rumah tangga perdesaan dan 17 persen rumah tangga perkotaan. Selain itu, 43 persen rumah tangga memiliki binatang pertanian, seperti sapi perah, kerbau, kuda, kambing, domba, atau, ayam.

Tabel 2.4 Kepemilikan rumah tangga

Distribusi persentase kepemilikan berbagai aset rumah tangga, media transportasi, lahan pertanian, dan ternak/hewan pertanian menurut daerah tempat tinggal, Indonesia 2012

Kepemilikan	Daerah tempat tinggal		Jumlah
	Perkotaan	Perdesaan	
Aset rumah tangga			
Radio	39,6	27,8	33,6
Televisi	91,9	74,8	83,2
Telepon seluler	90,7	75,5	82,9
Bukan telepon seluler	11,5	1,0	6,2
Kulkas	55,5	24,7	39,8
Media transportasi			
Sepeda	45,2	38,9	42,0
Sepeda motor/skuter	73,2	60,7	66,8
Perahu dayung	0,6	2,4	1,5
Boat dengan motor	0,7	1,6	1,1
Pedati	0,2	0,1	0,1
Mobil/truk	12,3	5,1	8,6
Kapal	0,1	0,1	0,1
Kepemilikan lahan pertanian	17,4	54,3	36,2
Kepemilikan hewan pertanian[1]	27,8	58,3	43,3
Jumlah	21.523	22.329	43.852

[1] Sapi perah, kerbau, banteng, kuda, kambing, domba atau ayam

2.3 INDEKS KEKAYAAN

Indeks kekayaan, dalam bentuknya yang sekarang, dibuat dalam tiga tahap yang menempatkan perbedaan daerah perkotaan dan perdesaan menjadi lebih baik dalam skor dan indikator kekayaan. Pada tahap pertama, sub kelompok indikator yang umum di daerah perkotaan dan perdesaan digunakan untuk membuat skor kekayaan untuk rumah tangga di kedua wilayah tersebut. Variabel kategorik ditransformasikan ke dalam indikator dikotomi yang terpisah (0-1). Indikator tersebut bersama variabel yang kontinu diuji menggunakan *principal components analysis* untuk menghasilkan skor faktor umum untuk setiap rumah tangga. Pada tahap kedua, skor faktor terpisah dibuat untuk rumah tangga di daerah perkotaan dan daerah perdesaan menggunakan indikator spesifik untuk daerah tertentu. Tahap ketiga menggabungkan skor faktor spesifik daerah yang terpisah tersebut untuk menghasilkan indeks kekayaan gabungan yang dapat digunakan secara nasional dengan melakukan penyesuaian terhadap skor spesifik daerah tersebut melalui penerapan regresi terhadap skor faktor umum. Ketiga tahap dalam prosedur pembetukan indeks tersebut memungkinkan indeks kekayaan dapat diterapkan pada kedua daerah perkotaan maupun perdesaan. Hasil indeks kekayaan gabungan memiliki nilai rata-rata nol dan standar deviasi satu. Setelah indeks dihitung, kuintil kekayaan di tingkat nasional (mulai dari terendah sampai tertinggi) diperoleh dengan menerapkan skor rumah tangga pada setiap anggota rumah tangga *de jure*, membuat peringkat setiap penduduk berdasarkan skornya, dan selanjutnya membagi peringkat tersebut ke dalam lima kategori yang sama, masing-masing terdiri dari 20 persen penduduk.

Tabel 2.5 memperlihatkan sebaran anggota rumah tangga *de jure* ke dalam lima kuintil kekayaan menurut daerah tempat tinggal dan provinsi. Sebaran tersebut menunjukkan derajat pemerataan (atau ketimpangan) kekayaan menurut daerah perkotaan dan perdesaan. Data dalam Tabel 2.5 mengindikasikan bahwa penduduk di daerah perkotaan memiliki kemungkinan lebih besar berada dalam kuintil kekayaan tertinggi, sementara penduduk di daerah perdesaan memiliki kemungkinan lebih besar termasuk dalam kuintil kekayaan terendah. Lebih dari separuh (60 persen) penduduk perdesaan berada dalam kuintil dua terendah, sementara sepertiga (33 persen) penduduk perkotaan berada dalam kuintil tertinggi. Dari perbandingan antar provinsi di Indonesia, hampir separuh (47 persen) penduduk di Provinsi DKI Jakarta berada dalam kuintil kekayaan tertinggi. Sebaliknya, Provinsi Papua, Nusa Tenggara Timur dan Sulawesi Barat memiliki proporsi penduduk tertinggi yang berada dalam kuintil kekayaan terendah (masing-masing 70, 66, dan 64 persen).

Tabel 2.5 juga memuat informasi tentang koefisien Gini, yang mengindikasikan tingkatan konsentrasi kekayaan. Rasio ini digambarkan sebagai nilai proporsi antara 0 dan 1; 0 menunjukkan sebaran yang sama dan 1 menunjukkan sebaran yang timpang secara sempurna. Ketimpangan kekayaan, yang diukur dengan koefisien Gini, di daerah perdesaan lebih tinggi dibandingkan di daerah perkotaan (17 persen dibandingkan dengan 8 persen). Ketimpangan kekayaan tertinggi terjadi di Provinsi Papua (35 persen) dan terendah terjadi di Provinsi DKI Jakarta (4 persen).

Tabel 2,5 Kuintil kekayaan

Distribusi persentase penduduk *de jure* menurut kuintil kekayaan, dan Koefisien Gini, berdasarkan daerah tempat tinggal dan provinsi, Indonesia 2012

Daerah tempat tinggal/provinsi	Kuintil Kekayaan					Jumlah	Jumlah orang	Koefisien Gini
	Terendah	Kedua	Menengah	Keempat	Tertinggi			
Daerah tempat tinggal								
Perkotaan	6,4	13,6	21,0	26,4	32,7	100,0	87.230	0,08
Perdesaan	33,5	26,4	19,0	13,7	7,4	100,0	87.747	0,17
Provinsi								
Sumatera								
Aceh	29,4	25,4	18,8	14,5	11,9	100,0	3.369	0,19
Sumatera Utara	27,1	22,6	20,1	19,2	11,0	100,0	9.228	0,19
Sumatera Barat	22,7	24,7	22,4	17,0	13,3	100,0	3.435	0,16
Riau	20,6	23,1	22,2	17,5	16,6	100,0	4.017	0,17
Jambi	31,6	21,5	18,3	17,4	11,2	100,0	2.183	0,20
Sumatera Selatan	24,7	21,5	20,5	16,8	16,4	100,0	5.242	0,19
Bengkulu	28,5	22,8	19,2	15,8	13,7	100,0	1.197	0,19
Lampung	23,9	25,9	23,5	14,1	12,5	100,0	5.560	0,16
Bangka Belitung	10,4	20,4	22,8	24,8	21,6	100,0	943	0,15
Kepulauan Riau	12,0	14,7	21,7	29,3	22,1	100,0	1.131	0,13
Jawa								
DKI Jakarta	2,5	7,6	14,8	27,8	47,2	100,0	6.647	0,04
Jawa Barat	10,7	15,8	20,4	26,2	26,9	100,0	32.102	0,12
Jawa Tengah	13,7	22,6	22,9	21,0	19,8	100,0	23.256	0,16
DI Yogyakarta	7,1	19,4	19,5	20,3	33,7	100,0	2.559	0,09
Jawa Timur	11,8	20,9	23,8	23,2	20,4	100,0	28.791	0,14
Banten	13,6	14,3	15,7	23,4	33,1	100,0	7.779	0,13
Bali dan Nusa Tenggara								
Bali	8,8	17,0	20,6	19,7	33,8	100,0	3.025	0,10
Nusa Tenggara Barat	38,1	27,2	15,2	11,1	8,3	100,0	3.644	0,20
Nusa Tenggara Timur	65,9	15,6	7,5	5,9	5,0	100,0	3.741	0,31
Kalimantan								
Kalimantan Barat	38,2	24,5	14,6	12,9	9,9	100,0	3.109	0,25
Kalimantan Tengah	49,5	23,3	14,6	6,9	5,7	100,0	1.604	0,27
Kalimantan Selatan	37,6	26,4	15,3	10,3	10,4	100,0	2.667	0,21
Kalimantan Timur	16,3	28,4	23,2	15,8	16,3	100,0	2.484	0,17
Sulawesi								
Sulawesi Utara	30,9	25,7	17,6	14,7	11,1	100,0	1.710	0,22
Sulawesi Tengah	43,3	19,2	16,8	14,0	6,8	100,0	1.938	0,24
Sulawesi Selatan	28,8	20,8	20,3	13,9	16,2	100,0	6.003	0,17
Sulawesi Tenggara	43,4	21,9	15,9	10,3	8,6	100,0	1.580	0,24
Gorontalo	43,4	22,6	12,0	13,0	9,0	100,0	776	0,22
Sulawesi Barat	64,4	13,4	8,8	6,8	6,6	100,0	825	0,33
Maluku dan Papua								
Maluku	47,6	22,1	16,8	10,1	3,4	100,0	1.158	0,23
Maluku Utara	40,4	25,1	15,8	12,5	6,2	100,0	742	0,22
Papua Barat	37,5	16,7	19,8	17,9	8,0	100,0	517	0,21
Papua	69,9	13,2	7,9	5,8	3,3	100,0	2.015	0,35
Jumlah	20,0	20,0	20,0	20,0	20,0	100,0	174.977	0,13

2.4 KEBIASAAN MENCUCI TANGAN

Kebiasaan mencuci tangan, yang dapat melindungi diri terhadap penyakit menular, digalakkan oleh Pemerintah Indonesia bersama-sama mitra pembangunannya, seperti UNICEF. Tabel 2.6 memberikan informasi tentang tempat khusus untuk mencuci tangan dalam rumah tangga dan penggunaan air serta bahan pembersih untuk mencuci tangan, menurut daerah tempat tinggal (perkotaan dan perdesaan) dan kuintil kekayaan.

Dalam SDKI 2012, pewawancara diminta untuk mengamati secara langsung tempat cuci tangan yang biasa digunakan oleh anggota rumah tangga. Mereka melihat ketersediaan air dan mengamati keberadaan sabun atau bahan pembersih di sekitar tempat cuci tangan. Pada 80 persen rumah tangga,

pewawancara melihat adanya tempat khusus cuci tangan; proporsi di daerah perkotaan lebih tinggi dibandingkan di daerah perdesaan (masing-masing 87 persen dan 72 persen). Rumah tangga yang berada dalam kuintil kekayaan lebih tinggi memiliki kecenderungan lebih besar untuk memiliki fasilitas cuci tangan dibandingkan yang berada dalam kuintil kekayaan yang lebih; 96 persen rumah tangga pada kuintil kekayaan tertinggi memiliki fasilitas cuci tangan dibandingkan dengan 54 persen rumah tangga pada kuintil terendah.

Tabel 2,6 Perilaku mencuci tangan

Distribusi persentase rumah tangga dengan keberadaan tempat paling sering digunakan untuk cuci tangan, rumah tangga yang menyediakan tempat cuci tangan, sebaran persentase berdasarkan ketersediaan air, sabun, dan bahan pembersih lainnya, Indonesia 2012

			Rumah tangga dengan ketersediaan tempat cuci tangan								
Karakteristik latar belakang	Persentase rumah tangga dengan tempat cuci tangan	Jumlah rumah tangga	Sabun dan air[1]	Hanya air dan bahan pembersih selain sabun[2]	Hanya air	Sabun tanpa air[3]	Hanya bahan pembersih selain sabun[2]	Tanpa air, tanpa sabun, tanpa bahan pembersih lainnya	Tidak terjawab	Jumlah	Jumlah rumah tangga yang menyediakan tempat cuci tangan
Daerah tempat tinggal											
Perkotaan	87,2	21.523	95,5	0,2	3,3	0,5	0,0	0,4	0,2	100,0	18.775
Perdesaan	72,4	22.329	88,6	0,4	8,6	1,2	0,0	1,0	0,1	100,0	16.174
Kuintil Kekayaan											
Terendah	54,4	9.550	77,2	0,6	17,8	1,7	0,1	2,6	0,2	100,0	5.192
Kedua	74,0	9.106	90,0	0,4	7,5	1,1	0,0	0,9	0,1	100,0	6.736
Menengah	85,8	8.836	94,0	0,2	4,5	0,8	0,0	0,3	0,2	100,0	7.584
Keempat	92,8	8.425	96,7	0,1	2,4	0,5	0,0	0,2	0,2	100,0	7.815
Tertinggi	96,1	7.936	98,5	0,1	1,0	0,3	0,0	0,0	0,2	100,0	7.623
Jumlah	79,7	43.852	92,3	0,3	5,8	0,8	0,0	0,7	0,2	100,0	34.950

[1] Sabun termasuk sabun atau deterjen dalam bentuk batang, cair, bubuk atau bentuk pasta. Kolom ini termasuk rumah tangga hanya dengan sabun dan air saja maupun yang menyediakan sabun, air, dan deterjen pembersih lainnya,
[2] Bahan pembersih selain sabun termasuk bahan lokal seperti abu, lumpur, atau pasir
[3] Termasuk rumah tangga dengan sabun saja maupun yang dengan sabun dan deterjen pembersih lainnya

Sebagian besar rumah tangga (92 persen) menyediakan sabun dan air pada fasilitas tempat cuci tangan mereka dan 6 persen rumah tangga hanya menyediakan air saja. Secara keseluruhan, kurang dari 1 persen rumah tangga tidak menyediakan air, sabun, atau bahan pembersih lain pada fasilitas tempat cuci tangan. Tabel lampiran A.2.1 tentang perilaku mencuci tangan menurut provinsi.

2.5 ANGGOTA RUMAH TANGGA MENURUT UMUR DAN JENIS KELAMIN

Umur dan jenis kelamin merupakan variabel penting dalam demografi dan merupakan dasar pengelompokan secara demografi dalam statistik vital, sensus dan survei. Variabel tersebut juga penting dalam studi tentang mortalitas dan fertilitas.

Sebaran anggota rumah tangga *de facto* SDKI 2012 diperlihatkan dalam Tabel 2.7 menurut kelompok umur lima tahunan, berdasarkan jenis kelamin dan daerah tempat tinggal perkotaan dan perdesaan. Rumah tangga SDKI 2012 mendasari 172.322 orang penduduk. Data memperlihatkan bahwa terdapat proporsi yang sama antara penduduk perempuan dan penduduk pria (masing-masing 50 persen). Komposisi jenis kelamin penduduk tidak menunjukkan variasi yang signifikan menurut daerah tempat tinggal perkotaan dan perdesaan. Selanjutnya tabel tersebut menggambarkan Indonesia sebagai negara dengan penduduk muda. Tiga puluh persen penduduk berumur di bawah 15 tahun; hanya 6 persen berumur 65 tahun ke atas.

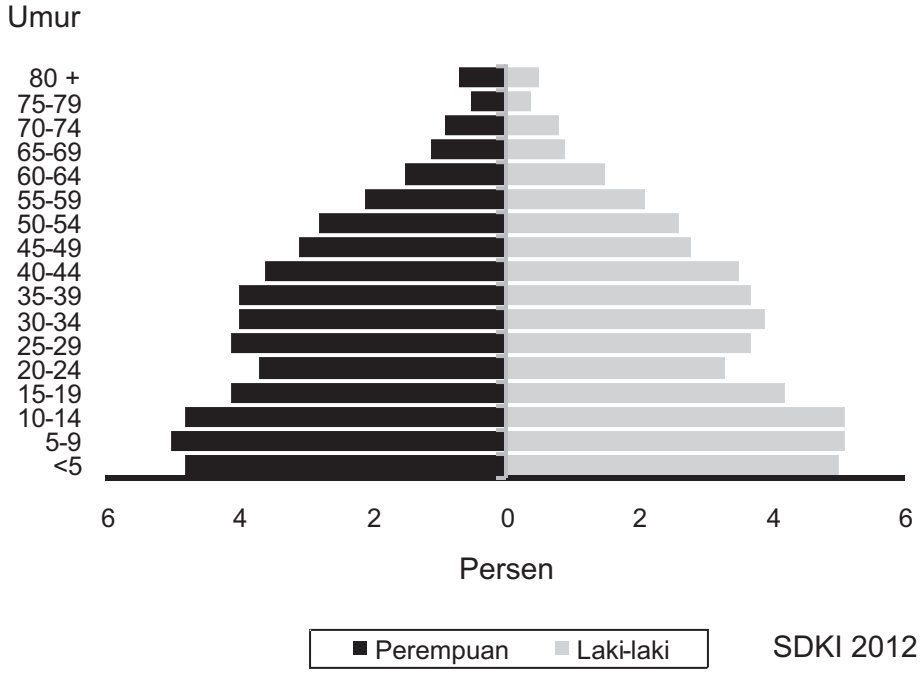
Tabel 2.7 Anggota rumah tangga menurut umur, jenis kelamin, dan daerah tempat tinggal

Distribusi persentase anggota rumah tangga *de facto* menurut kelompok umur lima tahunan, berdasarkan jenis kelamin dan daerah tempat tinggal, Indonesia 2012

	Perkotaan			Perdesaan			Jumlah		
Umur	Pria	Perempuan	Jumlah	Pria	Perempuan	Jumlah	Pria	Perempuan	Jumlah
<5	9,6	9,5	9,6	10,5	9,4	9,9	10,1	9,4	9,8
5-9	9,8	9,4	9,6	11,1	10,4	10,7	10,5	9,9	10,2
10-14	10,0	8,8	9,4	10,8	10,2	10,5	10,4	9,5	9,9
15-19	8,8	8,6	8,7	8,3	7,6	7,9	8,5	8,1	8,3
20-24	7,8	8,0	7,9	5,8	6,7	6,2	6,8	7,3	7,1
25-29	7,9	8,2	8,0	7,0	7,8	7,4	7,5	8,0	7,7
30-34	8,4	8,3	8,3	7,6	7,4	7,5	8,0	7,8	7,9
35-39	8,1	8,1	8,1	7,0	7,6	7,3	7,6	7,9	7,7
40-44	7,4	7,6	7,5	6,7	6,7	6,7	7,1	7,1	7,1
45-49	5,8	6,2	6,0	5,7	6,0	5,9	5,8	6,1	6,0
50-54	5,1	5,3	5,2	5,5	5,5	5,5	5,3	5,4	5,4
55-59	4,1	4,0	4,0	4,4	4,1	4,2	4,2	4,1	4,1
60-64	2,8	2,7	2,8	3,2	3,4	3,3	3,0	3,0	3,0
65-69	1,6	1,9	1,8	2,2	2,3	2,3	1,9	2,1	2,0
70-74	1,4	1,6	1,5	1,8	2,1	2,0	1,6	1,8	1,7
75-79	0,7	0,8	0,7	1,0	1,1	1,0	0,8	1,0	0,9
80 +	0,7	1,0	0,9	1,3	1,6	1,5	1,0	1,3	1,2
Tidak tahu/tidak terjawab	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Jumlah	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Jumlah	42.471,9	43.578,9	86.051,8	42.233,9	44.032,4	86.270,1	84.705,8	87.611,3	172.321,9

Gambar 2.1 mengilustrasikan struktur umur anggota rumah tangga dalam piramida penduduk. Dari piramida penduduk tersebut terlihat gambaran penyempitan di puncak dan dasar yang lebar yang mencerminkan pola khas suatu negara dengan tingkat fertilitas yang tinggi di masa lalu. Jenis struktur umur yang demikian memiliki momentum yang sudah terbangun untuk pertumbuhan penduduk suatu negara. Saat penduduk muda pada akhirnya mencapai usia subur, hasilnya adalah pertumbuhan penduduk yang tinggi untuk beberapa tahun ke depan. Dasar piramid yang sedikit mengecil kemungkinan disebabkan oleh penurunan fertilitas beberapa tahun lalu.

Gambar 2.1. Piramida penduduk Indonesia



2.6 KOMPOSISI RUMAH TANGGA

Informasi mengenai komposisi rumah tangga menurut jenis kelamin kepala rumah tangga dan jumlah anggota rumah tangga adalah penting karena berkaitan dengan aspek kesejahteraan rumah tangga. Rumah tangga yang dikepalai wanita, misalnya, biasanya lebih miskin dari rumah tangga yang dikepalai pria. Rumah tangga yang jumlah anggotanya banyak, pada umumnya tingkat kepadatannya lebih tinggi yang biasanya berkaitan dengan kondisi kesehatan yang kurang memadai dan mengalami kesulitan secara ekonomi.

Tabel 2.8 menyajikan informasi mengenai komposisi rumah tangga. Data SDKI 2012 menunjukkan bahwa 15 persen rumah tangga dikepalai oleh wanita. Proporsi ini sedikit lebih tinggi dibandingkan hasil SDKI 2007 (13 persen). Proporsi rumah tangga yang dikepalai wanita di daerah perkotaan dan perdesaan hampir sama (masing-masing 15 persen dan 14 persen).

Tabel 2,8 Komposisi rumah tangga

Distribusi persentase rumah tangga menurut jenis kelamin kepala rumah tangga dan ukuran rumah tangga; rata-rata ukuran rumah tangga, dan persentase rumah tangga dengan anak yatim piatu dan anak angkat di bawah 18 tahun, berdasarkan daerah tempat tinggal, Indonesia 2012

Karakteristik	Daerah tempat tinggal		Jumlah
	Perkotaan	Perdesaan	
Kepala rumah tangga			
Pria	84,8	85,6	85,2
Wanita	15,2	14,4	14,8
Jumlah	100,0	100,0	100,0
Jumlah anggota rumah tangga			
1	7,2	6,5	6,8
2	11,7	14,2	13,0
3	20,8	23,0	21,9
4	25,6	23,8	24,7
5	17,2	15,8	16,5
6	8,7	8,7	8,7
7	4,1	4,5	4,3
8	2,1	1,8	1,9
9+	2,5	1,6	2,1
Jumlah	100,0	100,0	100,0
Rata-rata ukuran rumah tangga	4,1	3,9	4,0
Jumlah rumah tangga	21.522,7	22.329,3	43.852,0

Tujuh persen rumah tangga memiliki hanya satu anggota rumah tangga, di mana antara daerah perkotaan dan daerah perdesaan memiliki proporsi rumah tangga yang sama untuk satu anggota rumah tangga (masing-masing 7 persen). Akan tetapi, rumah tangga dengan banyak anggota (sembilan orang atau lebih) masih ada di Indonesia (3 persen di daerah perkotaan dan 2 persen di daerah perdesaan). Komposisi jenis kelamin penduduk tidak menunjukkan banyak variasi menurut daerah tempat tinggal perkotaan dan perdesaan. Tabel 2.8 juga menunjukkan bahwa secara keseluruan rata-rata banyaknya anggota rumah tangga di Indonesia adalah 4 orang. Ukuran jumlah anggota rumah tangga di daerah perdesaan dan perkotaan adalah sama (masing-masing 4 orang). Pola yang sama dihasilkan oleh SDKI 2007 (BPS and Macro International, 2008).

2.7 AKTE KELAHIRAN

Dalam SDKI 2012, informasi tentang akte kelahiran dikumpulkan untuk anak umur di bawah 5 tahun (balita). Tabel 2.9 menyajikan persentase penduduk *de jure* balita yang kelahirannya tercatat di catatan sipil, menurut karakteristik latar belakang. Dua dari tiga anak (67 persen) kelahirannya tercatat, dan 57 persen balita memiliki akte kelahiran.

Meskipun sistem pencacatan sipil mewajibkan anak yang baru lahir dicatatkan dalam waktu sesegera mungkin, Tabel 2.9 menunjukkan bahwa anak umur 2 tahun lebih sedikit tercatat dibandingkan anak umur 2-4 tahun (masing-masing 63 dan 69 persen). Pencatatan untuk anak yang lebih tua terutama didorong oleh kebutuhan para orang tua membuat akte kelahiran anaknya untuk pendaftaran sekolah.

Tabel 2.9 juga memperlihatkan bahwa pencacatan kelahiran di daerah perkotaan lebih tinggi (76 persen) dibandingkan di daerah perdesaan (58 persen). Tidak ada perbedaan berdasarkan cakupan pencacatan kelahiran antara anak pria dan wanita. Anak-anak dari kuintil kekayaan tertinggi lebih banyak dicatatkan kelahirannya (88 persen) dibandingkan anak-anak dari kuintil kekayaan terendah (41 persen).

Tabel 2.9 Pencatatan kelahiran anak umur di bawah lima tahun (balita)

Distribusi persentase anak balita *de jure* yang kelahirannya tercatat di catatan sipil, berdasarkan karakteristik yang mendasarinya, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Anak-anak yang kelahirannya tercatat			Jumlah anak
	Persentase yang memiliki akte kelahiran	Persentase yang tidak memiliki akte kelahiran	Persentase tercatat	
Umur				
<2	48,5	14,1	62,6	6.834
2-4	63,1	6,3	69,4	9.950
Jenis kelamin				
Pria	56,8	9,5	66,3	8.559
Wanita	57,5	9,5	67,0	8.226
Daerah tempat tinggal				
Perkotaan	67,1	8,6	75,7	8.246
Perdesaan	47,5	10,4	57,9	8.538
Kuintil Kekayaan				
Terendah	29,6	10,9	40,5	3.681
Kedua	48,2	11,2	59,5	3.328
Menengah	60,4	9,8	70,2	3.266
Keempat	70,1	9,0	79,0	3.380
Tertinggi	81,6	6,4	87,9	3.130
Jumlah	57,1	9,5	66,6	16.785

2.8 PENDIDIKAN ANGGOTA RUMAH TANGGA

Pendidikan adalah penentu utama dari gaya hidup dan status keberadaan individu dalam suatu masyarkat. Berbagai penelitian secara konsisten mempelihatkan bahwa pencapaian tingkat pendidikan tertentu memiliki dampak yang kuat pada perilaku reproduksi, penggunaan kontrasepsi, fertilitas, kematian bayi dan anak, kesakitan, dan sikap serta kepedulian yang berkaitan dengan kesehatan keluarga dan kebersihan lingkungan. Dalam SDKI 2012, informasi tentang jenjang pendidikan dikumpulkan untuk setiap anggota rumah tangga. Hasil SDKI 2012 dapat digunakan untuk menggambarkan tingkat pendidikan anggota rumah tangga maupun partisipasi sekolah, angka pengulangan, dan angka *drop-out* di antara anak sekolah.

Tabel 2.10.1 dan 2.10.2 menunjukkan sebaran anggota rumah tangga wanita dan pria berumur 6 tahun ke atas menurut tingkat pendidikan tertinggi yang ditamatkan, menurut karakteristik latar belakang. Mayoritas orang Indonesia umur 6 tahun ke atas sudah bersekolah. Hanya 10 persen wanita dan sekitar 6 persen pria tidak pernah bersekolah. Tidak ada perbedaan jender dalam pendidikan dasar. Akan tetapi, wanita yang menamatkan sekolah tingkat SMTA atau melanjutkan ke perguruan tinggi lebih sedikit dibandingkan pria (23 persen dan 27 persen).

Secara keseluruhan, tingkat pencapaian pendidikan di daerah perkotaan lebih tinggi dibandingkan di daerah perdesaan (Tabel 2.10.1 dan 2.10.2). Proporsi wanita dan pria yang tidak sekolah di daerah perkotaan lebih rendah (7 persen wanita dan 4 persen pria) dibandingkan di daerah perdesaan (14 persen wanita dan 8 persen pria), sementara proporsi yang menamatkan tingkat SMTA atau jenjang lebih tinggi di daerah perkotaan lebih besar (masing-masing 12 persen wanita dan pria) dibandingkan di daerah perdesaan (masing-masing 4 persen wanita dan pria). Secara rata-rata, pria dan wanita yang tinggal di daerah perkotaan menamatkan hampir dua tahun lebih panjang masa sekolah dibandingkan mereka yang tinggal di daerah perdesaan.

Sebaran persentase jenjang pendidikan menurut provinsi ditunjukkan dalam Tabel Lampiran A-2.2 untuk anggota rumah tangga wanita dan Tabel Lampiran A.2.3 untuk anggota rumah tangga pria.

Tabel 2,10,1 Pencapaian tingkat pendidikan anggota rumah tangga wanita

Distribusi persentase anggota rumah tangga wanita *de facto* umur enam tahun ke atas menurut tingkat pendidikan yang diduduki atau yang ditamatkan dan median lamanya sekolah, berdasarkan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Tidak sekolah	Sekolah Dasar	Tamat Sekolah Dasar[1]	SMTA	Tamat SMTA[2]	Perguruan Tinggi[3]	Tidak tahu/ tidak terjawab	Jumlah	Jumlah	Median lama sekolah
Umur										
6-9	17,8	81,3	0,0	0,2	0,1	0,0	0,7	100,0	6.879	0,7
10-14	0,7	45,3	16,6	37,0	0,1	0,0	0,3	100,0	8.313	5,1
15-19	0,9	2,9	7,6	62,3	20,2	6,0	0,1	100,0	7.078	8,9
20-24	1,5	4,6	16,0	25,9	29,8	22,0	0,0	100,0	6.420	11,1
25-29	1,9	5,9	20,9	26,5	29,5	15,3	0,0	100,0	7.008	8,8
30-34	2,1	8,7	26,7	23,5	25,0	13,9	0,0	100,0	6.857	8,5
35-39	2,8	11,6	30,7	21,3	22,5	11,1	0,1	100,0	6.885	8,1
40-44	5,7	16,6	30,8	16,8	21,0	9,1	0,0	100,0	6.263	5,9
45-49	10,9	27,6	26,5	13,2	13,4	8,4	0,0	100,0	5.382	5,4
50-54	16,6	31,0	28,2	9,5	7,2	7,0	0,5	100,0	4.767	5,1
55-59	19,1	30,7	29,1	9,5	7,6	3,3	0,6	100,0	3.552	5,0
60-64	30,0	30,4	22,6	7,5	5,5	2,4	1,6	100,0	2.661	2,8
65+	51,8	24,1	14,5	4,5	3,0	0,8	1,4	100,0	5.474	0,0
Tidak tahu /tidak terjawab	78,1	5,4	1,6	0,5	0,0	0,0	14,4	100,0	42	0,0
Daerah tempat tinggal										
Perkotaan	7,0	20,2	16,5	22,8	21,0	12,3	0,3	100,0	38.557	8,1
Perdesaan	13,6	28,5	23,4	21,3	9,1	3,8	0,3	100,0	39.024	5,3
Kuintil kekayaan										
Terendah	19,9	33,9	22,9	16,9	4,9	1,0	0,5	100,0	15.294	4,2
Kedua	13,0	28,9	23,4	22,5	9,6	2,2	0,3	100,0	15.536	5,3
Menengah	8,8	24,5	22,6	25,0	14,2	4,6	0,3	100,0	15.289	5,7
Keempat	6,4	20,3	19,4	24,6	20,5	8,6	0,2	100,0	15.545	7,2
Tertinggi	3,7	14,6	11,8	21,2	25,4	23,1	0,3	100,0	15.917	10,0
Jumlah	10,3	24,4	20,0	22,0	15,0	8,0	0,3	100,0	77.581	5,7

[1] Tamat kelas 6 Sekolah Dasar

[2] Tamat SMTA

[3] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 2.10 ,2 Pencapaian tingkat pendidikan anggota rumah tangga pria

Distribusi persentase anggota rumah tangga pria *de facto* umur enam tahun ke atas menurut tingkat pendidikan yang diduduki atau yang ditamatkan dan median lamanya sekolah, berdasarkan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Tidak sekolah	Sekolah Dasar	Tamat Sekolah Dasar[1]	SMTA	Tamat SMTA[2]	Perguruan Tinggi[3]	Tidak tahu/tidak terjawab	Jumlah	Jumlah	Median lama sekolah
Umur										
6-9	18,3	80,4	0,1	0,3	0,0	0,0	0,8	100,0	7.186	0,6
10-14	0,9	49,5	16,9	32,4	0,1	0,0	0,2	100,0	8.831	5,0
15-19	0,8	4,5	8,3	65,0	17,2	4,1	0,0	100,0	7.225	8,8
20-24	1,1	6,1	14,5	25,7	33,9	18,7	0,0	100,0	5.750	11,1
25-29	1,4	6,2	19,3	25,9	33,2	13,6	0,3	100,0	6.312	8,9
30-34	1,2	7,6	23,4	25,1	30,8	11,7	0,2	100,0	6.767	8,7
35-39	1,4	8,1	26,6	21,6	30,8	11,3	0,2	100,0	6.408	8,6
40-44	2,5	10,2	25,8	21,5	28,8	11,1	0,0	100,0	5.990	8,5
45-49	4,2	19,9	27,7	13,4	23,2	11,6	0,1	100,0	4.887	5,9
50-54	7,3	26,6	28,1	12,6	16,1	9,1	0,2	100,0	4.492	5,6
55-59	9,4	28,0	29,7	12,9	12,5	7,1	0,5	100,0	3.569	5,4
60-64	11,9	28,0	32,2	11,5	10,6	5,8	0,1	100,0	2.556	5,3
65+	24,3	30,7	25,4	7,9	7,2	3,9	0,7	100,0	4.489	3,5
Tidak tahu /tidak terjawab	61,4	10,4	6,6	0,0	17,3	2,0	2,3	100,0	20	0,0
Daerah tempat tinggal										
Perkotaan	3,8	19,1	15,6	23,6	25,3	12,4	0,2	100,0	37.583	8,4
Perdesaan	7,5	29,7	23,8	23,1	12,1	3,5	0,3	100,0	36.901	5,5
Kuintil kekayaan										
Terendah	10,9	36,1	24,6	20,2	6,9	1,0	0,3	100,0	14.394	5,1
Kedua	6,6	29,4	24,8	24,9	11,7	2,1	0,4	100,0	14.870	5,5
Menengah	5,1	22,6	22,0	26,9	18,9	4,3	0,2	100,0	15.099	5,9
Keempat	3,7	18,7	18,2	25,1	26,3	7,9	0,1	100,0	15.112	8,2
Tertinggi	2,3	15,5	8,8	19,5	29,4	24,4	0,2	100,0	15.009	11,1
Jumlah	5,7	24,3	19,6	23,3	18,8	8,0	0,2	100,0	74.484	5,9

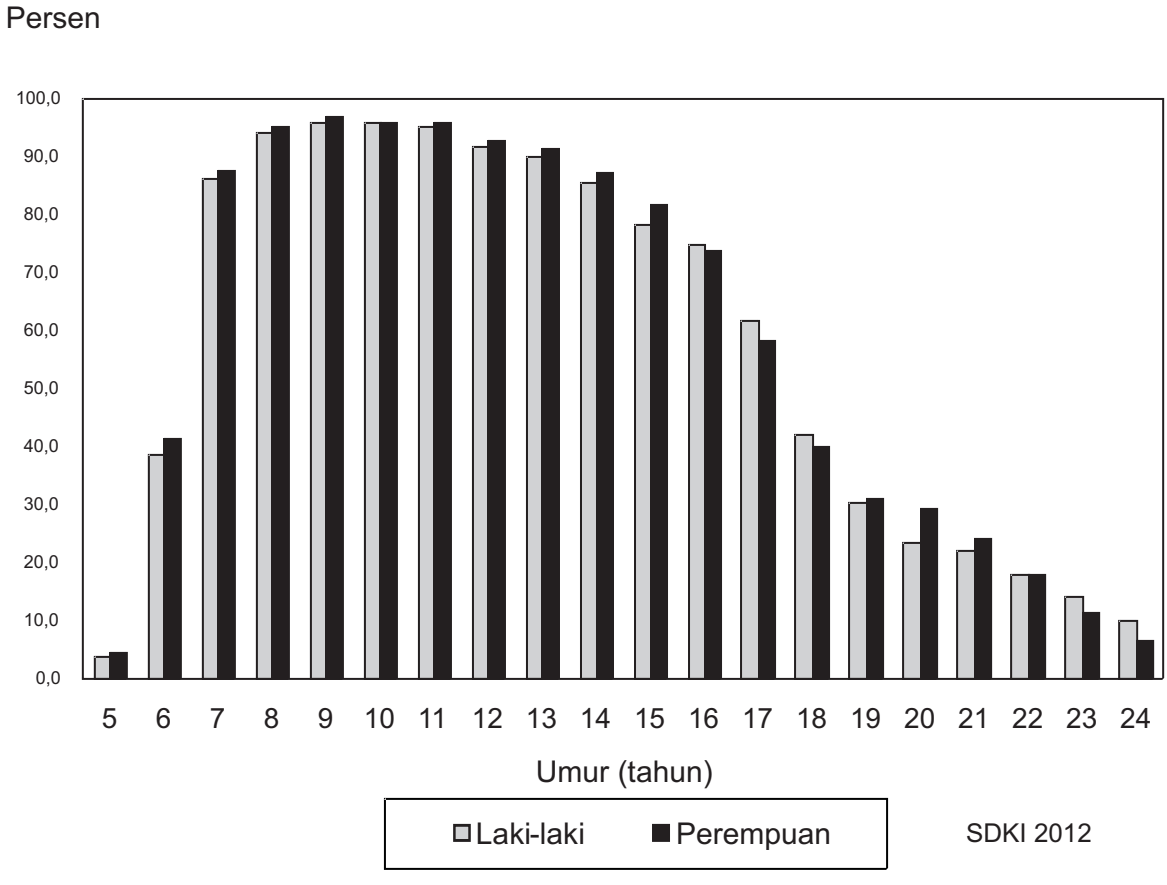
[1] Tamat kelas 6 Sekolah Dasar

[2] Tamat SMTA

[3] Perguruan Tinggi adalah : Diploma, S1/S2/S3

Gambar 2.2 memperlihatkan tingkat kehadiran menurut umur dari penduduk *de facto* umur 5-24 tahun. Untuk umur 5-15 tahun, anak perempuan memiliki porsi kehadiran di sekolah lebih tinggi dibandingkan anak laki-laki. Pola yang agak terbalik terjadi pada umur 16 tahun ke atas. Tingkat kehadiran lebih tinggi pada anak laki-laki umur 10 tahun dan anak perempuan umur 9 tahun.

Gambar 2.2 Angka Partisipasi Sekolah Penduduk De Facto Umur 5-24 Tahun



KARAKTERISTIK RESPONDEN 3

Temuan Utama:

- Tiga persen wanita umur 15-49 tahun dan 3 persen pria kawin umur 15-54 tahun tidak pernah bersekolah. Persentase wanita dan pria yang tidak pernah bersekolah menurun dibandingkan tahun 2007. Sementara itu, persentase wanita dan pria yang berpendidikan tamat SMTA atau lebih meningkat dari 46 menjadi 64 persen untuk wanita dan dari 51 menjadi 60 persen pada pria.
- Dua belas persen wanita dan 10 persen pria tidak secara teratur terpajan terhadap semua jenis media informasi.
- Enam puluh satu persen wanita dan 99 persen pria berstatus bekerja sebagai buruh pada periode 12 bulan terakhir sebelum survei.
- Enam puluh tiga persen wanita dan 69 persen pria tidak memiliki jaminan kesehatan. Sebagian besar yang terlayani jaminan kesehatan adalah bagian dari pelayanan jaminan sosial.
- Tiga persen wanita dan 72 persen pria masih merokok atau mengkonsumsi tembakau.

Tujuan utama bab ini adalah memajankan profil kependudukan dan sosial ekonomi responden wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun dari Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012. Informasi tentang karakteristik latar belakang responden dalam survei sangat penting dalam menjelaskan temuan yang disajikan dalam laporan ini. Bab ini dimulai dengan menyajikan karakteristik latar belakang responden menurut umur, status perkawinan, tingkat pendidikan, dan daerah tempat tinggal. Informasi lebih mendalam mengenai akses terhadap media massa, ketenagakerjaan, dan status lapangan usaha. Selain itu, disajikan pula informasi mengenaijaminan kesehatan dan penggunaan tembakau.

Pada SDKI 2012 informasi dikumpulkan dari semua wanita termasuk mereka yang berstatus belum kawin; berbeda dengan survei sebelumnya yang hanya mencakup wanita pernah kawin. Pembahasan hasil laporan ini merujuk pada semua wanita dan pria kawin.Namun, informasi dari wanita pernah kawin pada survei sebelumnya dengan wanita pernah kawin pada survei ini, dimungkinkan untuk dibandingkan diantara ke dua survei tersebut.

3.1 KARAKTERISTIK RESPONDEN

Tabel 3.1 menunjukkan distribusi wanita umur 15-49 danpria kawin umur 15-54 yang diwawancarai pada SDKI 2012 menurut karakteristik latar belakang termasuk umur, status perkawinan, daerah tempat tinggal, tingkat pendidikan, dan status kekayaan rumah tangga.

Survei ini menunjukkan kurang dari separuh wanita dan satu dari sepuluh pria kawin berumur di bawah 30 tahun.Laporan ini juga menunjukkanbahwa 73 persenwanitaberstatus kawin, dan 5 persen lainnya berstatus cerai hidup dan cerai mati. Lima puluh dua persen wanita dan 51 persen pria tinggal di daerah perkotaan.

Tiga persen wanita dan 3 persen pria tidak menamatkan pendidikan formal. Proporsi wanita yang tamat SD besarnya sama dengan pria (23 persen), tetapi wanita yang menamatkan pendidikan SMTA atau pendidikan tinggi lebih sedikit dibandingkan pria (masing-masing 36 dan 38 persen). Secara umum, bila dibandingkan dengan hasil SDKI 2007, pendidikan bagi wanita semakin membaik.

Tabel 3.1 Distribusi responden menurut karakteristik latar belakang responden

Distribusi persentase wanita pernah kawin berumur 15-49 tahun dan pria kawin berumur 15-49 tahun menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Jumlah wanita pernah kawin			Jumlah pria kawin		
	Persentase tertimbang	Tertimbang	Tidak tertimbang	Persentase tertimbang	Tertimbang	Tidak tertimbang
Umur						
15-19	15,2	6.927	7.207	0,3	28	37
20-24	13,8	6.305	6.589	3,7	345	398
25-29	15,3	6.959	7.160	12,1	1.127	1.195
30-34	15,1	6.876	6.965	18,0	1.674	1.685
35-39	15,1	6.882	6.780	19,1	1.775	1.745
40-44	13,7	6.252	5.881	18,2	1.693	1.712
45-49	11,9	5.407	5.025	14,7	1.371	1.322
50-54	na	na	na	13.9	1.292	1.212
Status perkawinan						
Tidak kawin	21,7	9.919	10.742	na	na	na
Kawin	73,0	33.291	32.361	99,8	9.286	9.260
Hidup bersama	0,4	174	345	0,2	20	46
Cerai hidup	2,8	1.288	1.238	na	na	na
Cerai mati	2,1	935	921	na	na	na
Daerah tempat tinggal						
Perkotaan	52,2	23.805	22.898	50,9	4.739	4.417
Perdesaan	47,8	21.802	22.709	49,1	4.567	4.889
Pendidikan						
Tidak sekolah	3,3	1.500	1.622	2,9	265	270
Tidak tamat SD	10,7	4.870	5.090	14,7	1.371	1.394
Tamat SD	22,5	10.254	8.642	22,8	2.118	1.791
Tidak tamat SMTA	28,0	12.753	12.554	21,3	1.979	2.123
Tamat SMTA	23,4	10.677	11.205	26,4	2.453	2.542
Perguruan Tinggi	12,2	5.552	6.494	12,0	1.119	1.186
Kuintil kekayaan						
Terbawah	17,0	7.767	10.642	17,1	1.596	2.319
Menengah bawah	19,3	8.784	9.187	20,0	1.866	1.920
Menengah	20,3	9.243	8.678	21,6	2.008	1.786
Menengah atas	21,4	9.743	8.478	21,1	1.962	1.700
Teratas	22,1	10.071	8.622	20,1	1.875	1.581
Jumlah	100,0	45.607	45.607	100,0	9.306	9.306

Catatan: Kategori pendidikan merujuk pada tingkat pendidikan yang pernah diduduki, tanpa memperhatikan apakah tingkat pendidikan tersebut sudah ditamatkan atau belum.
na = Tidak berlaku
Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Bila diperhatikan menurut status kekayaan, 64 persenwanitadan 63 persenpriaberada pada tiga kelompok teratas. Namun demikian, responden dengan kelompok status kekayaan terdistribusi hampir merata. Perbedaan karakteristik latar belakang menurut provinsi disajikan pada Tabel Lampiran A-3.1.

3.2 TINGKAT PENDIDIKAN

Pendidikan merupakan faktor utama yang mempengaruhi individu dalam hal pengetahuan, sikap maupun perilaku. Dapat dikatakan tingkat pendidikan adalah indikator penting yang mengambarkan modal sosial dari sumberdaya manusia dan hasil pembanguan sosial ekonomi. Tabel 3.2.1 dan 3.2.2

memperlihatkan perbedaan tingkat pendidikan wanita dan pria menurut pendidikan tertinggi yang diduduki atau ditamatkan berdasarkan umur, daerah tempat tinggal dan status kekayaan.

Tabel 3.2.1 menunjukkan bahwa 3 persen wanita umur 15-49 tidak pernah bersekolah, 11 persen tidak tamat SD, 23 persen tamat SD, 28 persen sedang menyelesaikan atau tidak tamat SMTA, 23 persen tamat SMTA, dan 12 persen sedang menjalani atau telah meyelesaikan pendidikan tinggi. Wanita yang lebih tua, wanita yang tinggal di perdesaan dan wanita yang status kekayaannya terbawah memiliki pendidikan yang rendah dibandingkan kelompok wanita lainnya. Perbedan tingkat pendidikan pada daerah perkotaan dan pedesaaan tampak jelas pada tingkat pendidikan SMTA dan pendidikan tinggi. Sebagai contoh, wanita di perkotaan dua kali lebih banyak yang menamatkan SMTA dibandingkan wanita di perdesaan (31 persen dibandingkan 15 persen) dan wanita di perkotaan yang berpendidikan tinggi hampir tiga kali dibanding wanita di perdesaan (masing-masing, 18 persendan 6 persen).

Secara umum wanita umur 15-49 telah menjalani 8,5 tahun sekolah. Perbedaan antara kelompok wanita dapat terlihat dari median lamanya sekolah.Sebagai contoh, median lamanya sekolah untuk wanita pada kuintil kekayaan tertinggi adalah 11,4 tahun dibandingkan dengan 5,6 tahun untuk wanita pada kuintil kekayaan terbawah.

Tabel 3.2.1 Tingkat pendidikan :Wanita

Distribusi persentase wanita umur 15-49 tahun menurut tingkat pendidikan tertinggi yang pernah diduduki atau diselesaikan, dan median lamanya tahun sekolah, menurut karakterisktik latar belakang, Indonesia 2012

	Tingkat pendidikan tertinggi yang diduduki atau diselesaikan								
Karakteristik latar belakang	Tidak sekolah	Tidak tamat SD	Tamat SD[1]	Tidak tamat SMTA	Tamat SMTA[2]	Perguruan Tinggi[3]	Jumlah	Median lamanya tahun sekolah	Jumlah responden
Umur									
15-24	1,0	3,5	11,6	45,5	24,8	13,6	100,0	9,1	13.232
15-19	0,7	2,6	7,6	62,8	20,3	6,0	100,0	9,0	6.927
20-24	1,4	4,5	16,0	26,5	29,7	21,9	100,0	11,1	6.305
25-29	1,6	5,8	20,9	26,8	29,6	15,2	100,0	8,8	6.959
30-34	2,0	8,9	26,6	23,7	25,2	13,6	100,0	8,5	6.876
35-39	2,6	11,5	30,8	21,4	22,6	11,1	100,0	8,1	6.882
40-44	5,5	16,9	30,7	16,8	21,1	9,0	100,0	5,9	6.252
45-49	11,0	28,4	25,9	13,1	13,5	8,2	100,0	5,4	5.407
Daerah tempat tinggal									
Perkotaan	1,6	7,1	16,2	26,9	30,7	17,6	100,0	10,1	23.805
Perdesaan	5,2	14,6	29,4	29,2	15,4	6,2	100,0	6,2	21.802
Kuintilkekayaan									
Terbawah	9,8	21,5	31,6	25,9	9,4	2,0	100,0	5,6	7.767
Menengah bawah	4,1	15,3	29,5	30,8	16,3	4,0	100,0	6,4	8.784
Menengah	2,1	10,3	25,4	32,2	22,6	7,3	100,0	8,4	9.243
Menengah atas	1,4	6,4	19,7	29,5	30,4	12,7	100,0	8,9	9.743
Teratas	0,6	2,8	9,4	21,8	34,4	31,1	100,0	11,4	10.071
Jumlah	3,3	10,7	22,5	28,0	23,4	12,2	100,0	8,5	45.607

[1] Menamatkan/menyelesaikan kelas 6 pada Sekolah Dasar (SD).
[2] Menamatkan/menyelesaikan kelas 3 pada Sekolah Menengah Tingkat Atas (SMTA).
[3] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Perbedaan tingkat pendidikan pada pria kawin menurut kelompoknya serupa dengan wanita.Tabel 3.2.2 menunjukkan bahwa 3 persen pria tidak pernah sekolah, 15 persen tidak tamat SD, 23 persen tamat SD, 21 persen sedang menyelesaikan atau tidak tamat SMTA, 26 persen tamat SMTA, dan 12 persen sedang menjalani atau telah meyelesaikan pendidikan tinggi. Pria yang lebih tua, pria di perkotaan, dan pria pada kuintil kekayaan tertinggi memiliki pendidikan yang lebih baik dibanding kelompok pria

lainnya. Perbedaan tingkat pendidikan di perkotaan dan di perdesaan terlihat nyata pada tingkat tamat SMTA dan pendidikan tinggi.

Data SDKI menunjukkan tingkat pendidikan bervariasi menurut perkotaan-perdesaan. Wanita dan pria di perkotaan lebih dimungkinkan untuk bersekolah dibandingkan dengan mereka yang diperdesaan. Perbandingan median lama bersekolah yang ditamatkan menunjukkan perbedaan antara wanita diperkotaan 10,1 tahun dibandingkan dengan wanita di perdesaan 6,2 tahun. Untuk pria berbanding 11,1 dan 5,8 tahun. Terdapat perbedaan yang signifikan pada tingkat pendidikan menurut provinsi (dapat dilihat pada Tabel Lampiran A.3.2.1 dan A.3.2.2).

Tabel 3.2.2 Tingkat pendidikan :Pria

Distribusi persentase pria pernah kawin umur menurut tingkat pendidikan tertinggi yang pernah diduduki atau diselesaikan, dan median lamanya tahun sekolah, menurut karakterisktik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Pendidikan Tertinggi						Jumlah	Median lamanya tahun sekolah	Jumlah responden
	Tidak sekolah	Tidak tamat SD	Tamat SD[1]	Tidak tamat SMTA	Tamat SMTA[2]	Perguruan Tinggi[3]			
Umur									
15-24	1,7	9,9	16,4	34,6	31,9	5,5	100,0	8,5	373
15-19	0,0	31,5	15,3	43,1	7,6	2,6	100,0	5,9	28
20-24	1,8	8,1	16,5	33,9	33,9	5,7	100,0	8,6	345
25-29	1,5	6,5	21,0	28,6	33,3	9,1	100,0	8,8	1.127
30-34	1,2	8,5	21,5	25,8	29,3	13,7	100,0	8,8	1.674
35-39	1,8	10,2	24,1	20,9	30,6	12,5	100,0	8,7	1.775
40-44	2,0	11,3	22,6	23,3	27,5	13,3	100,0	8,6	1.693
45-49	4,8	24,7	21,8	12,9	22,2	13,5	100,0	5,9	1.371
50-54	7,1	31,6	27,1	11,8	12,0	10,3	100,0	5,4	1.292
Daerah tempat tinggal									
Perkotaan	1,4	9,2	16,3	20,2	34,9	18,0	100,0	11,1	4.739
Perdesaan	4,4	20,4	29,4	22,4	17,5	5,8	100,0	5,8	4.567
Kuintilkekayaan									
Terbawah	7,8	24,9	32,2	23,0	10,4	1,7	100,0	5,5	1.596
Menengah bawah	2,6	22,3	32,0	24,9	15,8	2,4	100,0	5,8	1.866
Menengah	2,3	14,5	27,5	26,5	24,1	5,1	100,0	8,1	2.008
Menengah atas	1,7	10,4	15,8	21,3	38,8	11,9	100,0	11,0	1.962
Teratas	0,7	3,3	7,7	10,5	39,8	37,9	100,0	11,7	1.875
Jumlah	2,9	14,7	22,8	21,3	26,4	12,0	100,0	8,4	9.306

Catatan: Tanda bintang menunjukkan bahwa estimasi didasarkan pada kurang dari 25 kejadian dan tidak ditampilkan .
[1] Menamatkan/menyelesaikan tingkat 6 pada Sekolah Dasar (SD).
[2] Menamatkan/menyelesaikan tingkat 3 pada Sekolah Menengah Tingkat Atas (SMTA) .
[3] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3.

3.3 KEMAMPUAN MEMBACA

Kemampuan membaca adalah modal penting yang memungkinkan wanita dan pria meningkatkan kesempatan dalam hidupnya.Informasi tentang distribusi penduduk menurut kemampuan membaca bisa membantu perencana dalam bidang kesehatan dan keluarga berencana dalam pencapaian sasaran terhadap pesan-pesan program.Dalam SDKI 2012, seseorang dikatakan melek huruf jika ia mampu membaca sebagian atau seluruh kalimat bahasa Indonesia dalam kartu yang diperlihatkan oleh pewawancara kepada responden. Pertanyaan-pertanyaan untuk menilai melek huruf hanya ditanyakan kepada wanita dan pria yang tidak bersekolah atau tidak tamat Sekolah Dasar (SD).Responden yang pernah duduk di sekolah menengah dianggap dapat membaca.

Tabel 3.3.1 Kemampuan membaca pada:Wanita

Distribusi persentase wanita umur 15-49 tahun menurut tingkat pendidikan tertinggi yang pernah diduduki atau diselesaikan dan tingkat melek huruf, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Perguruan Tinggi[1]	Tidak sekolah atau Sekolah Dasar (SD): Bisa membaca seluruh kalimat	Bisa membaca sebagian kalimat	Tidak bisa membaca sama sekali	Buta/tidak bisa melihat	Tak terjawab	Jumlah	Persentase melek huruf[2]	Jumlah wanita
Umur									
15-24	83,9	12,7	1,2	1,9	0,0	0,3	100,0	97,8	13.232
15-19	89,1	8,4	0,9	1,3	0,0	0,2	100,0	98,4	6.927
20-24	78,1	17,4	1,5	2,5	0,0	0,4	100,0	97,1	6.305
25-29	71,6	22,0	2,5	3,4	0,0	0,5	100,0	96,1	6.959
30-34	62,5	29,0	3,9	4,0	0,0	0,6	100,0	95,3	6.876
35-39	55,1	32,2	5,8	5,9	0,2	0,9	100,0	93,1	6.882
40-44	47,0	33,8	7,4	10,5	0,6	0,7	100,0	88,2	6.252
45-49	34,8	29,6	12,2	20,7	1,7	1,0	100,0	76,6	5.407
Daerah tempat tinggal									
Perkotaan	75,2	18,2	2,5	3,4	0,2	0,5	100,0	95,9	23.805
Perdesaan	50,9	31,2	6,9	9,8	0,4	0,8	100,0	89,0	21.802
Kuintil kekayaan									
Terbawah	37,2	35,5	9,1	17,0	0,5	0,7	100,0	81,8	7.767
Menengah bawah	51,1	32,0	6,4	9,3	0,5	0,7	100,0	89,5	8.784
Menengah	62,2	27,7	4,4	4,8	0,3	0,7	100,0	94,3	9.243
Menengah atas	72,5	20,8	3,0	2,7	0,3	0,7	100,0	96,3	9.743
Teratas	87,3	9,9	1,4	1,0	0,1	0,3	100,0	98,6	10.071
Jumlah	63,5	24,4	4,6	6,5	0,3	0,6	100,0	92,6	45.607

[1]Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3.
[2]Merujuk pada responden yang pernah duduk di sekolah lanjutan pertama atau lebih tinggi dan responden yang bisa membaca sebagi an atau seluruh kalimat.

Tabel 3.3.2 Kemampuan membaca pada:Pria

Distribusi persentase pria pernah kawin umur 15-49 tahun menurut tingkat pendidikan tertinggi yang pernah diduduki atau diselesaikan dan tingkat melek huruf, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Perguruan Tinggi[1]	Tidak sekolah atau Sekolah Dasar (SD): Bisa membaca seluruh kalimat	Bisa membaca sebagian kalimat	Tidak bisa membaca sama sekali	Tak terjawab	Jumlah	Persentase melek huruf[2]	Jumlah pria
Umur								
15-24	72,0	19,9	3,9	4,0	0,1	100,0	95,8	373
15-19	53,3	29,6	16,5	0,6	0,0	100,0	99,4	28
20-24	73,5	19,1	2,9	4,3	0,2	100,0	95,5	345
25-29	71,0	23,9	2,2	2,6	0,3	100,0	97,1	1.127
30-34	68,8	25,1	2,7	2,9	0,5	100,0	96,6	1.674
35-39	64,0	28,3	3,6	3,5	0,6	100,0	95,9	1.775
40-44	64,1	27,4	3,6	4,0	0,9	100,0	95,1	1.693
45-49	48,7	31,5	6,3	11,7	1,8	100,0	86,5	1.371
50-54	34,2	38,6	9,3	14,8	3,1	100,0	82,1	1.292
Daerah tempat tinggal								
Perkotaan	73,1	20,1	2,6	3,6	0,6	100,0	95,8	4.739
Perdesaan	45,7	37,4	6,4	8,8	1,7	100,0	89,5	4.567
Kuintilkekayaan								
Terbawah	35,1	40,1	8,7	14,1	2,0	100,0	83,9	1.596
Menengah bawah	43,1	40,1	6,5	9,2	1,1	100,0	89,7	1.866
Menengah	55,7	33,1	4,7	5,2	1,3	100,0	93,5	2.008
Menengah atas	72,0	21,5	2,6	3,0	0,8	100,0	96,2	1.962
Teratas	88,3	10,1	0,5	0,8	0,3	100,0	98,9	1.875
Jumlah	59,7	28,6	4,5	6,2	1,1	100,0	92,7	9.306

[1]Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3.
[2]Merujuk pada responden yang pernah duduk di sekolah lanjutan pertama atau lebih tinggi dan responden yang bisa membaca sebagian atau seluruh kalimat.

Tabel 3.3.1 dan 3.3.2 menunjukkan bahwa sebagian besarresponden baik wanita dan pria mampu membaca. Persentase wanitayang mampu membaca sama dengan pria yaitu masing-masing 93 persen. Persentase wanita yang tidak dapat membaca sama dengan pria, yaitu 7 persen. Responden yang lebih muda memiliki kemampuan membaca yang lebih baik dibandingkan responden yang lebih tua.Terdapat keragaman dalam kemampuan membaca menurut daerah tempat tinggal dan kuintil kekayaan, di mana responden perkotaan dan responden dengan kuintil kekayaan teratas lebih memiliki kemampuan membaca, bahkan hampir semua wanitadan pria dengan kuintil kekayaan teratas mampu membaca (masing-masing 99 persen). Keragaman kemampuan membaca menurut provinsi disajikan pada Tabel Lampiran A.3.3.1dan A.3.3.2.

3.4 AKSES TERHADAPMEDIA

Akses terhadap informasi penting untuk meningkatkan pengetahuan dan kepedulian terhadap apa yang terjadi di sekeliling, dan dapat mempengaruhi sikap dan perilaku. Untuk perencanaan program penyebarluasan informasi mengenai kesehatan dan keluarga berencana, perlu diketahui kelompok penduduk mana yang sering atau jarang dijangkau oleh media. Pada SDKI 2012, akses terhadap media dinilai dengan menanyakan seberapa sering responden membaca surat kabar atau majalah, menonton televisi, atau mendengarkan radio. Tabel 3.4.1 dan 3.4.2 menunjukkan persentase wanita dan pria yang memperoleh memperoleh akses terhadap jenis media menurut umur, tempat tinggal, tingkat pendidikan, dan status kekayaan.

Tabel 3.4.1 menunjukkan bahwa televisi merupakan media yang paling diminati oleh wanita (86 persen), diikuti radio (19 persen), dan koran atau majalah dengan persentase lebih rendah (13 persen). Perbedaan antara kelompok wanita yang menonton televisi memperlihatkan distribusi yang merata. Namun wanita yang lebih muda lebih menyukai mendengarkan radio dan membaca koran atau majalah dibandingkan kelompok wanita lainnya. Tabel 3.4.2 menunjukkan bahwa televisi adalah media yang paling populer untuk pria (88 persen), diikuti oleh media koran atau majalah 22 persen, dan mendengarkan radio (22 persen). Pria umur 30-44 tahun lebih memiliki akses kepada ketiga jenis media dibandingkan kelompok umur lainnya.

Tabel 3.4.1 Akses wanita terhadap media

Persentase wanita umur 15-49 tahun yang mempunyai akses terdahap media massa tertentu dalam seminggu, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Membaca surat kabar/ majalah paling sedikit sekali seminggu	Menonton TV paling sedikit sekali seminggu	Mendengarkan radio paling sedikit sekali seminggu	Akses terhadap ketiga media	Tidak ada akses terhadap media	Jumlah wanita
Umur						
15-19	16,6	86,8	26,9	6,8	9,4	6.927
20-24	14,9	86,4	22,9	6,0	10,9	6.305
25-29	12,1	86,5	18,6	4,1	11,5	6.959
30-34	13,4	87,7	17,6	4,6	10,3	6.876
35-39	13,4	85,8	17,3	4,9	12,1	6.882
40-44	11,8	84,5	16,0	3,9	13,5	6.252
45-49	10,0	82,6	15,2	3,2	15,5	5.407
Daerah tempat tinggal						
Perkotaan	18,7	89,8	22,0	6,9	7,6	23.805
Perdesaan	7,3	81,6	16,5	2,6	16,2	21.802
Pendidikan						
Tidak sekolah	0,3	57,8	8,2	0,2	41,2	1.500
Tidak tamat SD	1,8	78,0	11,1	0,7	20,3	4.870
Tamat SD	4,1	83,1	15,9	1,6	14,8	10.254
Tidak tamat SMTA	10,4	88,2	20,9	4,0	9,4	12.753
Tamat SMTA	17,8	90,9	23,1	7,1	6,6	10.677
Perguruan Tinggi	41,6	90,6	25,1	13,2	5,7	5.552
Kuintil kekayaan						
Terbawah	3,9	64,6	13,6	1,4	31,6	7.767
Menengah bawah	6,9	85,5	17,0	2,3	12,2	8.784
Menengah	9,2	89,9	19,7	3,3	7,9	9.243
Menengah atas	15,4	92,1	20,6	5,6	6,2	9.743
Teratas	27,7	93,0	24,3	10,4	4,9	10.071
Jumlah	13,3	85,9	19,3	4,9	11,7	45.607

Catatan: Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3.

Tabel 3.4.2 Akses pria terhadap media

Persentase pria pernah kawin umur 15-49 tahun yang mempunyai akses terdahap media tertentu dalam seminggu, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik Latar belakang	Membaca surat kabar/ majalah paling sedikit sekali seminggu	Menonton TV paling sedikit sekali seminggu	Mendengarkan radio paling sedikit sekali seminggu	Akses terhadap ketiga media massa	Tidak ada akses terhadap media	Jumlah pria
Umur						
15-19	25,7	84.8	14.2	3.0	12.0	28
20-24	18,7	86.8	28.4	7.2	10.0	345
25-29	19,6	87.3	22.3	6.6	9.9	1,127
30-34	23,5	89.1	21.2	8.0	8.7	1,674
35-39	24,1	88.8	22.1	8.1	8.8	1,775
40-44	24,8	89.6	18.5	7.2	8.3	1,693
45-49	20,8	85.8	23.4	7.9	12.4	1,371
50-54	18,7	88.0	21.1	7.1	11.0	1,292
Daerah tempat tinggal						
Perkotaan	31,5	92.5	23.8	10.7	5.3	4,739
Perdesaan	12,4	83.7	19.2	4.3	14.4	4,567
Pendidikan						
Tidak sekolah	3,0	61.6	13.0	1.6	36.5	265
Tidak tamat SD	3,2	79.9	15.6	1.4	19.0	1,371
Tamat SD	8.9	85.9	20.6	3.7	11.5	2,118
Tidak tamat SMTA	14.5	90.5	22.6	5.6	7.7	1,979
Tamat SMTA	32.6	93.0	22.7	10.6	5.0	2,453
Perguruan Tinggi	65.6	94.1	28.2	20.3	2.8	1,119
Kuintil kekayaan						
Terbawah	7.0	68.8	15.8	2.5	27.7	1,596
Menengah bawah	9.3	86.9	16.7	2.1	11.0	1,866
Menengah	17.1	92.7	21.7	6.2	6.3	2,008
Menengah atas	25.7	94.7	24.3	9.3	3.6	1,962
Teratas	49.5	94.3	28.3	16.8	3.4	1,875
Jumlah	22.1	88.2	21.6	7.5	9.7	9,306

Catatan: Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3.

Wanita dan pria di perkotaan lebih memiliki akses terhadap ketiga jenis media dibandingkan mereka yang tinggal di perdesaan.Hasil survei juga memperlihatkan bahwa pendidikan dan status kekayaan berhubungan erat terhadap akses terhadap media masa. Sebagai contoh, 24 persen wanita dan 37 persen pria yang sedang duduk di SMTA atau lebih tinggi lebih memiliki akses terhadap semua jenis media, dibandingkan dengan 3 dan 7 persen untuk masing-masing wanita dan pria dengan pendidikan tamat SD kebawah. Secara umum, pria memiliki akses yang lebih besar terhadap media masa dibandingkan wanita, perbedaan ini dapat terlihat pada semua kelompok.Tabel Lampiran A.3.4.1 dan A.3.4.2 menunjukkan keragaman akses terhadap media untuk wanita dan pria menurut provinsi.

3.5 KETENAGAKERJAAN

3.5.1 Status Pekerjaan

Responden SDKI 2012 ditanyai sejumlah pertanyaan guna mendapatkan data status pekerjaan mereka pada saat survei dan keberlangsunganpekerjaan mereka selama 12 bulan sebelum pelaksanaan survei. Pengukuran pekerjaan wanita sulit, karena beberapa pekerjaan yang dikerjakan oleh wanita, khususnya di usaha pertanian keluarga, usaha keluarga, atau di sektor informal sering tidak dianggap oleh wanita itu sendiri sebagai pekerjaan dan dengan demikian hal ini tidak dilaporkan sebagai pekerjaan. Untuk menghindari rendahnya perkiraan persentase wanita yang bekerja, responden wanita dalam SDKI ditanyai beberapa pertanyaan untuk memastikan status pekerjaan mereka. Pertama, kepada responden ditanyakan, "*Di samping pekerjaan rumah, apakah sekarang Ibu bekerja?*" Responden wanita yang menjawab "tidak" pada pertanyaan ini kemudian ditanya, "*Seperti yang Ibu ketahui, banyak wanita yang*

bekerja, maksud saya di samping mengerjakan pekerjaan rumah tangganya. Beberapa di antaranya bekerja di toko, atau di perusahaan, atau di instansi pemerintah. Beberapa wanita bekerja dengan mendapat upah/gaji, dan juga ada yang bekerja tetapi tidak mendapat upah atau gaji. Apakah Ibu melakukan salah satu kegiatan tersebut atau ada pekerjaan lain?". Responden wanita yang menjawab "tidak" pada pertanyaan ini kemudian ditanya, "*Dalam 12 bulan terakhir, apakah ibu pernah bekerja?*". Responden dikatakan bekerja jika mereka menjawab "ya" untuk salah satu dari dua pertanyaan pertama. Responden wanita yang menjawab "ya" untuk pertanyaan ketiga tidak dianggap sedang bekerja, tetapi bekerja dalam 12 bulan terakhir.

Tabel 3.5.1 dan Gambar 3.1 menunjukkan bahwa 55 persen dari wanita sedang bekerja, 6 persen bekerja dalam 12 bulan terakhir, dan 39 persen wanita tidak bekerja sama sekali pada periode yang sama. Wanita umur tua, tinggal di perdesaan, dan yang tidak bersekolah lebih banyak yang bekerja dalam 12 bulan terakhir. Selain itu, responden wanita yang memiliki lebih banyak anak lebih berkemungkinan bekerja pada waktu survei. Wanita yang memiliki banyak anak lebih banyak yang bekerja dibanding mereka yang memiliki sedikit anak.

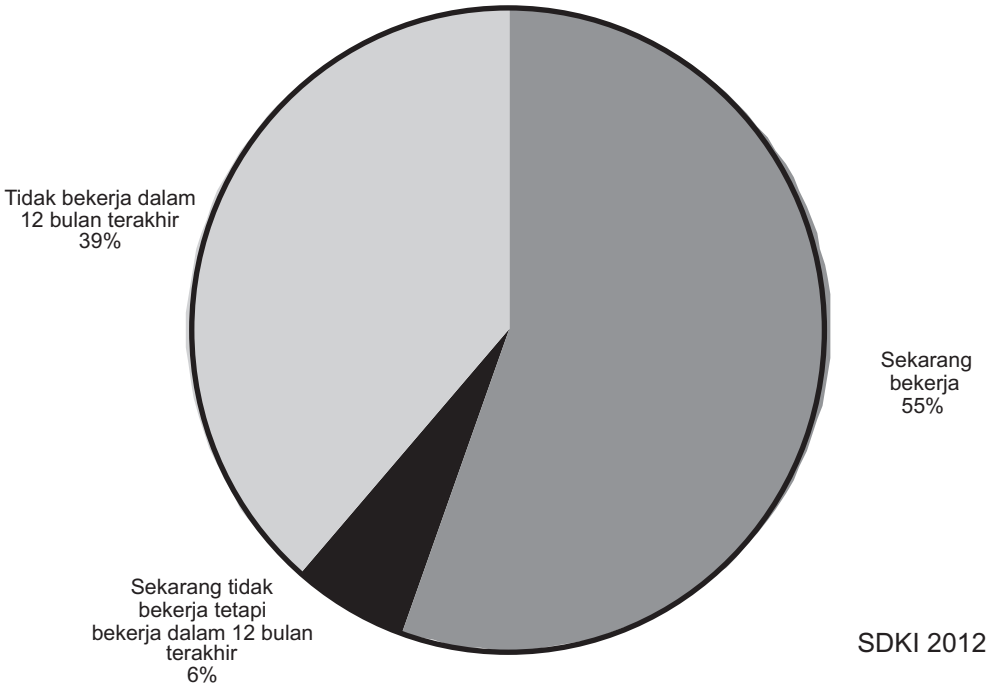
Tabel 3.5.1 Status pekerjaan: Wanita

Distribusi persentase wanita umur 15-49 menurut status pekerjaan dan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Bekerja dalam 12 bulan terakhir		Tidak Bekerja dalam 12 bulan terakhir	Jumlah	Jumlah wanita
	Sekarang sedang bekerja[1]	Sekarang sedang tidak bekerja			
Umur					
15-19	29,0	5,7	65,3	100,0	6.927
20-24	48,6	10,1	41,3	100,0	6.305
25-29	54,2	7,6	38,2	100,0	6.959
30-34	58,7	5,0	36,2	100,0	6.876
35-39	62,1	4,9	33,0	100,0	6.882
40-44	69,2	3,3	27,4	100,0	6.252
45-49	69,8	3,2	27,0	100,0	5.407
Status perkawinan					
Tidak kawin	44,0	5,5	50,5	100,0	9.919
Kawin atau hidup bersama	57,4	5,9	36,7	100,0	33.465
Cerai hidup/cerai mati	75,5	5,2	19,3	100,0	2.223
Jumlah anak masih hidup					
0	46,8	7,4	45,8	100,0	12.896
1-2	57,0	5,6	37,4	100,0	21.465
3-4	61,3	4,4	34,3	100,0	9.053
5+	65,9	3,2	30,8	100,0	2.193
Daerah tempat tinggal					
Perkotaan	54,5	5,4	40,1	100,0	23.805
Perdesaan	56,4	6,1	37,5	100,0	21.802
Pendidikan					
Tidak sekolah	74,9	4,4	20,6	100,0	1.500
Tidak tamat SD	63,9	5,8	30,3	100,0	4.870
Tamat SD	58,0	5,7	36,2	100,0	10.254
Tidak tamat SMTA	44,0	5,9	50,1	100,0	12.753
Tamat SMTA	53,7	6,2	40,1	100,0	10.677
Perguruan Tinggi	67,2	4,9	27,9	100,0	5.552
Kuintil kekayaan					
Terbawah	59,1	6,2	34,6	100,0	7.767
Menengah bawah	52,9	6,7	40,3	100,0	8.784
Menengah	51,8	6,7	41,5	100,0	9.243
Menengah atas	54,7	5,5	39,8	100,0	9.743
Teratas	58,6	3,9	37,5	100,0	10.071
Jumlah	55,4	5,8	38,8	100,0	45.607

[1] "Sekarang sedang bekerja" didefinisikan sebagai mempunyai pekerjaan dalam seminggu terakhir. Termasuk mereka yang tidak bekerja dalam seminggu terakhir tetapi biasanya bekerja dan termasuk mereka yang tidak masuk bekerja karena sedang bepergian, sakit, liburan atau alasan lain.
Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3.

Gambar 3.1 Status pekerjaan wanita dalam 12 bulan terakhir


Tidak bekerja dalam 12 bulan terakhir 39%
Sekarang bekerja 55%
Sekarang tidak bekerja tetapi bekerja dalam 12 bulan terakhir 6%
SDKI 2012

Tabel 3.5.2 menunjukkan bahwa hampir semua responden pria bekerja (98 persen), sebaliknya hanya 1 persen yang bekerja dalam 12 bulan sebelum survei, dan hanya 1 persen pria yang tidak bekerja sama sekali pada periode yang sama. Variasi menurut kelompok umur pria terlihat kurang beragam.

Umumnya bagi wanita dan pria tidak terlihat adanya hubungan antara status bekerja dengan status kekayaan rumah tangga.Tabel Lampiran A-3.5.1 dan A-3.5.2 menunjukkan distribusi persentase wanita dan pria menurut status pekerjaan dan provinsi.

Tabel 3.5.2 Status pekerjaan: Pria

Distribusi persentase pria kawin umur 15-52 menurut status pekerjaan dan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Bekerja dalam 12 bulan terakhir		Tidak Bekerja dalam 12 bulan terakhir	Jumlah	Jumlah Pria
	Sekarang sedang bekerja[1]	Sekarang sedang tidak bekerja			
Umur					
15-19	97.0	3.0	0.0	100.0	28
20-24	97.0	1.8	1.2	100.0	345
25-29	98.0	1.5	0.5	100.0	1,127
30-34	99.5	0.4	0.1	100.0	1,674
35-39	98.1	1.0	0.9	100.0	1,775
40-44	98.9	0.7	0.4	100.0	1,693
45-49	98.8	0.6	0.6	100.0	1,371
50-54	96.7	1.3	2.0	100.0	1,292
Jumlah anak masih hidup					
0	98.0	0.9	1.1	100.0	738
1-2	98.4	1.0	0.6	100.0	5,517
3-4	98.3	0.7	1.0	100.0	2,453
5+	98.0	1.0	1.0	100.0	598
Daerah tempat tinggal					
Perkotaan	98.2	0.9	0.9	100.0	4,739
Perdesaan	98.5	0.9	0.6	100.0	4,567
Pendidikan					
Tidak sekolah	97.2	0.0	2.8	100.0	265
Tidak tamat SD	99.0	0.7	0.3	100.0	1,371
Tamat SD	97.7	1.3	1.0	100.0	2,118
Tidak tamat SMTA	97.8	1.3	1.0	100.0	1,979
Tamat SMTA	98.6	0.8	0.6	100.0	2,453
Perguruan Tingg	99.4	0.4	0.2	100.0	1,119
Kuintil kekayaan					
Terbawah	97.4	1.4	1.2	100.0	1,596
Menengah bawah	98.5	1.1	0.5	100.0	1,866
Menengah	98.2	0.9	0.9	100.0	2,008
Menengah atas	98.5	0.8	0.7	100.0	1,962
Teratas	99.0	0.6	0.5	100.0	1,875
Jumlah	98.3	0.9	0.8	100.0	9,306

[1] "Sekarang sedang bekerja" didefinisikan sebagai mempunyai pekerjaan dalam seminggu terakhir. Termasuk mereka yang tidak bekerja dalam seminggu terakhir tetapi biasanya bekerja dan termasuk mereka yang tidak masuk bekerja karena sedang bepergian, sakit, liburan atau alasan lain.
Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3.

3.5.2 Jenis Pekerjaan

Tabel 3.6.1 menyajikan distribusi persentase wanita yang bekerja dalam 12 bulan sebelum survei menurut jenis pekerjaan dan karakteristik latar belakang. Data tersebut menggambarkan bahwa 20 persen wanita bekerja di bidang pertaniandan 80 persen bekerja pada bidang bukan pertanian. Sebagian besar wanita yang bekerja di sektor bukan pertanian bekerja di bidang perdagangan dan jasa pelayanan sebesar 36 persen dan bidang industri sebesar 25 persen.

Jenis pekerjaan responden beragam menurut umur; wanita muda yang bekerja di sektor pertanian lebih rendah proporsinya dibandingkan wanita lebih tua, sedangkan pada sektor industri, persentase wanita yang bekerja meningkat seiring dengan bertambahnya umur. Wanita yang tinggal di perdesaan dan yang berpendidikan rendah lebih banyak yang bekerja di sektor pertanian daripada kelompok wanita lainnya. Wanita yang tinggal di perkotaan dan yang berpendidikan tinggi lebih banyak yang bekerja di bidang penjualan dan jasa pelayanan serta bidang industri.

Tabel 3.6.1 Jenis pekerjaan: Wanita

Distribusi persentase wanita umur 15-49 yang bekerja dalam 12 bulan sebelum survei menurut jenis pekerjaan dan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Profesional/ teknisi/ manajer	Tata usaha	Tenaga usaha jasa dan penjualan	Pertanian	Pekerja industri	Tidak Terjawab	Jumlah	Jumlah Wanita
Umur								
15-19	4,4	4,3	49,5	14,9	23,7	3,1	100,0	2.404
20-24	14,1	10,7	33,3	12,7	26,4	2,9	100,0	3.700
25-29	14,5	7,6	32,2	17,1	25,5	3,1	100,0	4.300
30-34	11,7	5,8	35,3	18,7	25,4	3,1	100,0	4.382
35-39	10,0	4,6	35,4	20,9	25,9	3,2	100,0	4.610
40-44	9,5	2,5	36,0	24,3	23,8	3,9	100,0	4.537
45-49	8,5	3,4	33,8	26,8	23,7	3,8	100,0	3.948
Status perkawinan								
Tidak kawin	15,5	11,5	39,7	8,7	21,2	3,4	100,0	4.912
Kawin atau hidup bersama	10,0	4,4	34,2	22,5	25,8	3,1	100,0	21.177
Cerai hidup/cerai mati	6,9	2,8	42,1	17,1	26,0	5,2	100,0	1.794
Jumlah anak masih hidup								
0	15,0	10,6	38,5	10,6	22,4	3,0	100,0	6.989
1-2	10,7	4,9	34,7	19,7	26,7	3,3	100,0	13.429
3-4	7,4	2,4	35,9	25,9	24,8	3,6	100,0	5.947
5+	4,4	0,5	30,3	38,7	22,7	3,4	100,0	1.516
Daerah tempat tinggal								
Perkotaan	13,8	8,7	45,5	4,5	23,6	3,9	100,0	14.256
Perdesaan	7,5	2,2	25,4	35,7	26,5	2,7	100,0	13.626
Pendidikan								
Tidak sekolah	0,6	0,1	16,5	47,9	29,9	5,0	100,0	1.190
Tidak tamat SD	0,6	0,1	28,9	37,6	29,5	3,4	100,0	3.394
Tamat SD	0,8	0,3	34,6	28,4	31,5	4,5	100,0	6.540
Tidak tamat SMTA	2,1	1,3	44,9	19,6	28,9	3,2	100,0	6.363
Tamat SMTA	9,1	10,1	45,4	7,9	24,1	3,3	100,0	6.392
Perguruan Tinggi	55,1	19,8	18,7	1,4	4,1	1,0	100,0	4.003
Kuintil kekayaan								
Terbawah	2,4	0,7	17,3	46,7	29,6	3,3	100,0	5.075
Menengah bawah	4,4	2,0	32,3	28,8	28,9	3,6	100,0	5.240
Menengah	7,0	3,7	38,3	17,0	30,0	4,0	100,0	5.407
Menengah atas	13,1	6,6	44,0	8,7	24,4	3,1	100,0	5.864
Teratas	23,8	12,9	43,3	3,2	14,2	2,6	100,0	6.296
Jumlah	10,7	5,5	35,7	19,8	25,0	3,3	100,0	27.882

Catatan: Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 3.6.2 menunjukkan distribusi persentase pria yang bekerja dalam 12 bulan terakhir sebelum survei menurut pekerjaan dan karakteristik latar belakang. Pria yang bekerja di bidang bukan pertanian, sama halnya dengan wanita, sebagian besar bekerja di bidang penjualan dan jasa pelayanan (20 persen) dan di bidang industri (35 persen) dibandingkan dengan jenis pekerjaan lain (29 persen). Pada pria terdapat juga keragaman antar subkelompok seperti halnya pada wanita.

Keragaman antara provinsi dalam pekerjaan diperlihatkan pada Tabel Lampiran A.3.6.1 dan A.3.6.2.

Tabel 3.6.2 Jenis pekerjaan: Pria

Distribusi persentase pria pernah kawin yang bekerja dalam 12 bulan sebelum survei menurut jenis pekerjaan dan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Profesional/ teknisi/ manajer	Tata usaha	Tenaga usaha jasa dan penjualan	Pertanian	Pekerja industri	Tidak Terjawab	Jumlah	Jumlah pria
Umur								
15-19	0,0	0,0	6,9	41,9	51,2	0,0	100,0	28
20-24	3,0	1,3	28,3	24,5	37,5	5,5	100,0	341
25-29	9,4	3,8	18,6	20,3	42,5	5,4	100,0	1.122
30-34	9,5	6,3	21,6	21,6	35,2	5,8	100,0	1.672
35-39	8,4	5,6	20,9	23,6	35,2	6,3	100,0	1.759
40-44	11,6	4,6	18,6	23,3	36,4	5,6	100,0	1.686
45-49	11,4	4,5	18,3	29,0	31,8	5,0	100,0	1.363
50-54	10,1	3,7	18,3	33,0	30,5	4,4	100,0	1.266
Jumlah anak masih hidup								
0	10,1	3,5	25,8	23,6	31,1	6,0	100,0	730
1-2	10,0	5,5	19,5	22,5	36,9	5,6	100,0	5.485
3-4	10,3	3,9	20,1	27,2	33,4	5,0	100,0	2.429
5+	5,1	2,4	14,1	40,1	32,9	5,4	100,0	592
Daerah tempat tinggal								
Perkotaan	13,6	6,8	27,5	7,8	37,0	7,3	100,0	4.696
Perdesaan	5,8	2,5	12,0	42,7	33,5	3,5	100,0	4.540
Pendidikan								
Tidak sekolah	0,8	3,2	8,4	51,6	31,9	4,2	100,0	258
Tidak tamat SD	0,4	0,0	12,1	42,6	39,9	5,0	100,0	1.366
Tamat SD	1,4	0,6	17,3	33,9	41,7	5,1	100,0	2.097
Tidak tamat SMTA	3,0	1,4	24,0	25,9	39,4	6,3	100,0	1.960
Tamat SMTA	9,6	8,5	26,1	13,2	35,3	7,3	100,0	2.438
Perguruan Tinggi	51,1	16,2	15,6	4,4	11,1	1,6	100,0	1.117
Kuintil kekayaan								
Terbawah	1,6	0,7	7,9	52,0	34,0	3,9	100,0	1.576
Menengah bawah	2,8	2,1	16,5	34,8	37,4	6,4	100,0	1.857
Menengah	4,8	2,8	22,9	21,0	44,3	4,2	100,0	1.989
Menengah atas	10,8	6,9	25,4	14,9	34,8	7,1	100,0	1.948
Teratas	27,8	10,5	24,1	7,0	25,1	5,6	100,0	1.866
Jumlah	9,8	4,7	19,8	25,0	35,3	5,5	100,0	9.236

Catatan: Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

3.5.3 Karakteristik Pekerjaan Wanita

Tabel 3.7 menunjukkan distribusi persentase wanita yang bekerja selama 12 bulan sebelum survei menurut jenis pendapatan yang diterima, jenis pengusaha, kelangsungan pekerjaan, dan keragamannya menurut lapangan pekerjaan (pertanian dan bukan pertanian). Tujuh puluh dua persen wanita menerima pendapatan berupa uang; 3 persen mendapat uang dan barang; dan 24 persen tidak dibayar atau pekerja keluarga. Sebagian besar wanita yang bekerja di sektor pertanian (61 persen) tidak menerima upah, sementara di antara wanita yang bekerja di sektor bukan pertanian, 85 persen menerima upah berupa uang.

Dua di antara 3 wanita yang bekerja di sektor pertanian bekerja untuk anggota keluarga, namun wanita yang bekerja di sektor bukan pertanian dipekerjakan oleh bukan anggota keluarga (57 persen) dan berusaha sendiri (26 persen). Enam dari 10 wanita yang bekerja pada bidang pertanian bekerja sepanjang tahun, dibandingkan dengan 88 persen wanita yang bekerja di bidang bukan pertanian. Tiga puluh dua persen wanita di sektor pertanian adalah pekerja musiman.

Tabel 3.7 Karakteristik pekerjaan: Wanita

Distribusi persentase wanita umur 15-49 yang bekerja dalam 12 bulan sebelum survei menurut jenis pendapatan, jenis pengusaha, kelangsungan pekerjaan, dan lapangan pekerjaan (pertanian atau bukan pertanian), Indonesia 2012

Karakteristik pekerjaan	Pertanian	Bukan pertanian	Tidak Terjawab	Jumlah
Jenis pendapatan				
Hanya uang	30,7	81,9	81,6	71,8
Uang dan barang	3,7	2,8	5,2	3,0
Hanya barang	4,2	0,7	1,5	1,4
Tidak dibayar	61,3	14,5	11,3	23,6
Tak terjawab (TT)	0,1	0,2	0,4	0,2
Jumlah	100,0	100,0	100,0	100,0
Jenis pengusaha				
Dibantu oleh pekerja keluarga	67,2	16,7	12,0	26,5
Dibantu oleh bukan pekerja keluarga	18,4	57,3	68,9	50,0
Berusaha sendiri	14,4	25,9	18,7	23,4
Tak terjawab (TT)	0,1	0,1	0,4	0,1
Jumlah	100,0	100,0	100,0	100,0
Kelangsungan pekerjaan				
Sepanjang tahun	62,5	88,0	78,7	82,7
Musiman	31,7	7,4	14,5	12,5
Sesekali	5,5	4,3	6,5	4,6
Tak terjawab (TT)	0,3	0,2	0,4	0,2
Jumlah	100,0	100,0	100,0	100,0
Jumlah wanita yang bekerja dalam 12 bulan terakhir	5.508	21.451	923	27.882

Catatan: Jumlah termasuk 15 wanita yang tidak mengetahui informasi mengenai jenis pekerjaan yang tidak disajikan dalam tabel ini.

3.6 CAKUPAN JAMINAN KESEHATAN

Akses terhadap pelayanan kesehatan semakin baik ketika individu dicakup dalam jaminan kesehatan.SDKI2012 juga mengumpulkan informasi mengenai jaminan kesehatan. Tabel 3.8.1 dan 3.8.2 memperlihatkan informasi cakupan jaminan kesehatan menurut latar belakang karakteristik.

Tabel 3.8.1 menunjukkan bahwa 6 dari 10 wanitatidak memiliki jaminan kesehatan sama sekali (63 persen). Dua puluh enam persenwanitamemiliki jaminan kesehatan yang tercakup dalam jaminan sosial (pemerintah daerah), sementara 7 persenasuransi kesehatan berasal dari tempat bekerja; 3 persendijamin oleh asuransi swasta, dan 3 persentercakup oleh asuransi lainnya.

Terdapat variasi dalam cakupan jaminan kesehatan menurut umur, di mana wanita muda lebih banyak yang tercakup dibandingkan wanita yang lebih tua. Demikian pula, wanita di perkotaan lebih banyak yang tercakup oleh jaminan kesehatan dibandingkan wanita di perdesaan (masing-masing 43 persen dan 33 persen), dan wanita pada kuintil kekayaan teratas lebih banyak yang tercakup dibandingkan wanita pada kuintil kekayaan terbawah. Secara umum pendidikan wanita berhubungan erat dengan kepemilikan jaminan kesehatan.Wanita tidak tamat SD (69 persen) lebih banyak yang tidak memiliki jaminan kesehatan dibandingkan wanita tamat SMTA atau lebih (41 persen). Hal yang sama juga dibuktikan bahwa status kekayaan berhubungan erat dengan kepemilikan jaminan kesehatan baik dari asuransi tempat bekerja atau asuransi swasta. Sebagai contoh, 13 persen wanita pada kuintil kekayaan teratas memiliki jaminan kesehatan dari tempat bekerja dibandingkan dengan 1 persen wanita pada kuintil kekayaan terbawah.Sembilan persen wanita pada kuintil kekayaan teratas memiliki jaminan kesehatan dari asuransi swasta dibandingkan dengan kurang dari satu persen wanita pada kuintil kekayaan terbawah.

Tabel 3.8.1 Cakupan jaminan kesehatan untuk wanita

Persentase wanita umur 15-49 tahun berdasar cakupan jaminan kesehatan, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Jaminan sosial	Asuransi kerja lainnya	Asuransi swasta lainnya	Lainnya	Tidak ada	Jumlah wanita
Umur						
15-19	25,8	3,5	1,7	2,2	67,3	6.927
20-24	21,0	9,5	2,7	2,3	65,6	6.305
25-29	21,2	7,9	2,9	2,7	66,2	6.959
30-34	21,9	9,2	4,1	2,8	63,4	6.876
35-39	28,5	8,3	3,6	3,2	58,0	6.882
40-44	29,3	5,4	2,9	2,5	60,8	6.252
45-49	34,1	4,1	1,9	2,4	58,6	5.407
Daerah tempat tinggal						
Perkotaan	24,6	10,7	4,9	2,9	58,6	23.805
Perdesaan	26,9	2,8	0,6	2,3	67,8	21.802
Pendidikan						
Tidak sekolah	29,2	0,6	0,1	1,7	68,7	1.500
Tidak tamat SD	30,1	1,4	0,3	1,9	66,6	4.870
Tamat SD	26,3	2,5	0,5	1,8	69,2	10.254
Tidak tamat SMTA	23,6	5,3	1,4	2,5	67,6	12.753
Tamat SMTA	20,1	13,7	3,8	3,1	60,5	10.677
Perguruan Tinggi	35,6	12,3	11,7	4,1	41,0	5.552
Kuintil kekayaan						
Terbawah	35,1	1,1	0,3	2,1	61,8	7.767
Menengah bawah	29,1	2,9	0,4	2,3	65,5	8.784
Menengah	23,5	5,3	0,9	2,4	68,3	9.243
Menengah atas	19,5	10,1	2,6	2,6	66,1	9.743
Teratas	23,5	13,3	9,0	3,3	53,9	10.071
Jumlah	25,7	6,9	2,9	2,6	63,0	45.607

Catatan: Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 3.8.2 menunjukkan bahwa tujuh dari sepuluh pria tidak memiliki jaminan kesehatan sama sekali (69 persen). Delapan belaspersenpriamemiliki jaminan kesehatan yang tercakup dalam jaminan sosial,8 persen memiliki jaminan kesehatan dari tempat bekerja berupa asuransi kesehatan, 4 persen tercakup dalam asuransi swasta, dan 3 persen tercakup oleh asuransi lainnya.

Seperti halnya wanita, cakupan jaminan kesehatan bervariasi menurut umur pria.Pendidikan pria berhubungan erat dengan cakupan jaminan kesehatan. Pria di perkotaan lebih memiliki jaminan kesehatan dibandingkan pria di perdesaan (masing-masing 34 persen dan 29 persen). Demikian pula pada pria status kekayaan berhubungan erat dengan kepemilikan jaminan kesehatan yang diperoleh dari asuransi kesehatan tempatnya bekerja dan asuransi swasta. Perbedaan dalam cakupan jaminan kesehatan antar provinsi terlihat dari Tabel Lampiran A.3.7.1 dan A.3.7.2.

Tabel 3.8.2 Cakupan jaminan kesehatan untuk pria

Persentase pria kawin umur 15-54 tahun berdasar cakupan jaminan kesehatan, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Jaminan sosial	Asuransi kerja lainnya	Asuransi swasta lainnya	Lainnya	Tidak ada	Jumlah Pria
Umur						
15-19	18,1	0,0	0,0	8,8	73,0	28
20-24	16,3	6,8	3,8	3,0	72,9	345
25-29	14,3	9,4	2,1	2,2	74,3	1.127
30-34	15,3	10,1	4,2	2,4	69,0	1.674
35-39	17,5	10,4	5,7	2,7	65,6	1.775
40-44	20,2	11,4	4,5	2,4	64,4	1.693
45-49	20,1	6,8	3,3	3,0	68,4	1.371
50-54	19,7	3,9	2,8	1,6	72,8	1.292
Daerah tempat tinggal						
Perkotaan	14,6	13,5	6,7	2,4	65,5	4.739
Perdesaan	21,2	3,9	1,0	2,5	72,1	4.567
Pendidikan						
Tidak sekolah	24,0	0,2	0,1	2,5	73,2	265
Tidak tamat SD	25,2	2,4	0,1	1,9	70,7	1.371
Tamat SD	25,5	2,4	0,7	2,2	69,5	2.118
Tidak tamat SMTA	20,9	5,0	2,1	2,7	70,2	1.979
Tamat SMTA	10,7	18,3	5,4	2,5	66,2	2.453
Perguruan Tinggi	2,9	16,7	15,6	3,0	66,9	1.119
Kuintil kekayaan						
Terbawah	34,3	1,3	0,2	3,1	61,5	1.596
Menengah bawah	26,5	3,9	0,8	2,1	67,3	1.866
Menengah	17,5	7,2	1,0	2,5	73,2	2.008
Menengah atas	11,1	12,2	3,7	2,1	72,4	1.962
Teratas	2,7	18,2	13,6	2,7	67,7	1.875
Jumlah	17,8	8,8	3,9	2,5	68,8	9.306

Catatan: Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

3.7 KONSUMSI TEMBAKAU

Merokok dalam rumah tangga mempunyai efek yang merugikan bagi kondisi kesehatan semua anggota rumah tangga, termasuk bagi orang yang tidak merokok.Untuk memperkirakan konsumsi rokok, SDKI 2012 menyertakan pertanyaan konsumsi rokok. Kepada responden ditanyakan apakah mereka perokok tetap, jenis rokok yang mereka hisap dan berapa banyak batang rokok yang mereka hisap dalam 24 jam terakhir. Dalam menyimpulkan data mengenai konsumsi rokok, perlu diingat bahwa ada kemungkinan responden merasa malu untuk mengakuiberapa banyaknya sesungguhnyaia merokok.Tabel 3.9.1 dan 3.9.2 menyajikan persentase wanitayang mengkonsumsi rokok atau menggunakan tembakau, dan persen distribusi jenis rokok yang dihisap menurutbanyaknya batang rokok dalam 24 jam terakhir menurut latar belakang karakteristik dan status persalinan. Ketika menafsirkan penggunaan tembakau sangat penting karena kemungkinan responden malu untuk melaporkannya.

Tabel 3.9.1 menunjukkan bahwa 3 persen wanita merokok. Wanita yang lebih tua lebih banyak yang merokok dibandingkan dengan wanita yang lebih muda.Dua persen wanita menyusui merokok dan satu persen wanita hamil melakukan hal yang sama. Wanita dengan pendidikan rendah lebih banyak yang merokok dibandingkan wanita yang berpendidikan lebih tinggi.

Di antara wanita yang merokok, 18 persen mengatakan mereka mengkonsumsi 10 rokok atau lebih dalam 24 jam terakhir, 15 persen mengkonsumsi 6-9 batang rokok, 22 persen mengkonsumsi 3-5 batang rokok, dan 26 persen mengkonsumsi 1 atau 2 batang rokok (data tidak ditampilkan).

Tabel 3.9.1 Merokok bagi wanita

Persentase wanita umur 15-49 tahunyang merokok atau pipa atau menggunakan produk tembakau lainnya, menurut karakteristik latar belakang dan status kehamilan, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Merokok		Tidak merokok	Jumlah wanita
	Rokok	Produk tembakau lainnya		
Umur				
15-19	0,9	0,2	98,9	6.927
20-24	1,5	0,3	98,3	6.305
25-29	2,0	0,4	97,6	6.959
30-34	2,2	0,4	97,5	6.876
35-39	2,7	0,6	96,8	6.882
40-44	3,2	0,6	96,4	6.252
45-49	4,5	0,9	94,9	5.407
Status kehamilan				
Hamil	0,7	0,3	99,0	1.950
Menyusui (tidak hamil)	1,5	0,4	98,2	6.340
Tidak keduanya	2,6	0,5	97,0	37.317
Daerah tempat tinggal				
Perkotaan	2,5	0,2	97,4	23.805
Perdesaan	2,2	0,8	97,1	21.802
Pendidikan				
Tidak sekolah	8,0	2,5	90,3	1.500
Tidak tamat SD	3,3	0,9	96,0	4.870
Tamat SD	2,1	0,5	97,5	10.254
Tidak tamat SMTA	2,2	0,4	97,5	12.753
Tamat SMTA	2,0	0,3	97,8	10.677
Perguruan Tinggi	1,5	0,1	98,4	5.552
Kuintil kekayaan				
Terbawah	3,7	1,5	95,1	7.767
Menengah bawah	2,4	0,5	97,2	8.784
Menengah	1,9	0,4	97,9	9.243
Menengah atas	2,3	0,1	97,6	9.743
Teratas	1,7	0,1	98,2	10.071
Jumlah	2,3	0,5	97,3	45.607

Catatan: Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 3.9.2 menunjukkan bahwa 72 persen pria kawin merokok. Pria yang lebih muda lebih banyak yang merokok dibandingkan pria yang lebih tua. Konsumsi rokok berhubungan terbalik dengan tingkat pendidikan pria dan status kekayaan. Pria berpendidikan rendah lebih banyak yang merokok dibandingkan dengan pria berpendidikan tinggi. Di antara perokok pria, 69 persen mengkonsumsi 10 batang rokok atau lebih dalam 24 jam terakhir, 15 persen mengkonsumsi 6-9 batang rokok,dan 10 persen mengkonsumsi 3-5 batang rokok. Tabel Lampiran A.3.8.1 and Tabel A.3.8.2 memperlihatkan perbedaan lama penggunaan tembakau wanita dan pria menurut provinsi.

Tabel 3.9.2 Merokok bagi Pria

Persentase pria umur 15-54 tahunyang merokok atau pipa atau menggunakan produk tembakau lainnya dan distribusi persentase pria yang merokok berdasarkan jumlah batang rokok selama 24 jam terakhir, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Merokok			Tidak merokok	Jumlah Pria	Persentase distribusi pria yang merokok berdasarkan jumlah batang rokok selama 24 jam terakhir						Jumlah	Jumlah perokok
	Rokok	Pipa	Produk tembakau lainnya			0	1-2	3-5	6-9	10+	Tidak terjawab		
Umur													
15-19	(89,7)	(0,0)	(0,6)	(9,6)	28	(1,8)	(0,0)	(6,3)	(37,9)	(54,0)	(0,0)	100,0	25
20-24	79,0	0,0	1,9	20,6	345	0,1	3,5	13,0	18,3	65,2	0,0	100,0	272
25-29	76,8	0,1	1,3	23,1	1,127	1,2	4,3	8,3	19,2	66,9	0,1	100,0	866
30-34	72,9	0,3	1,7	26,8	1,674	0,3	2,7	11,5	15,9	68,9	0,6	100,0	1.221
35-39	72,6	0,2	1,2	27,3	1,775	0,5	3,7	10,2	14,5	71,0	0,1	100,0	1.288
40-44	68,5	0,0	0,9	31,4	1,693	1,2	6,6	11,5	11,5	69,2	0,1	100,0	1.159
45-49	69,1	0,0	2,8	30,6	1,371	1,0	5,2	8,4	17,2	67,7	0,6	100,0	948
50-54	71,9	0,1	2,0	27,6	1,292	1,1	4,6	8,7	13,1	72,3	0,1	100,0	928
Daerah tempat tinggal													
Perkotaan	68,8	0,2	1,0	31,2	4,739	0,6	4,6	10,0	16,9	67,6	0,3	100,0	3.261
Perdesaan	75,5	0,1	2,3	24,0	4,567	1,0	4,3	10,1	13,8	70,7	0,2	100,0	3.447
Pendidikan													
Tidak sekolah	72,3	0,2	3,4	27,1	265	0,1	5,9	12,2	9,8	71,6	0,3	100,0	192
Tidak tamat SD	78,1	0,0	3,2	21,3	1,371	0,2	4,0	8,6	15,7	70,7	0,8	100,0	1.070
Tamat SD	78,4	0,1	2,1	21,2	2,118	0,9	4,6	9,2	16,1	69,0	0,2	100,0	1.660
Tidak tamat SMTA	77,8	0,0	0,9	22,1	1,979	1,0	3,7	10,6	15,0	69,6	0,0	100,0	1.539
Tamat SMTA	68,6	0,3	1,4	31,3	2,453	0,7	5,3	10,6	16,4	66,8	0,2	100,0	1.684
Perguruan Tinggi	50,3	0,0	0,1	49,7	1,119	1,4	3,7	11,5	11,3	72,0	0,1	100,0	563
Kuintil kekayaan													
Terbawah	80,5	0,2	4,1	18,6	1,596	0,8	4,7	12,2	12,6	69,6	0,2	100,0	1.285
Menengah bawah	78,8	0,0	2,0	21,0	1,866	0,5	4,1	10,4	16,7	68,2	0,0	100,0	1.469
Menengah	76,5	0,0	1,5	23,3	2,008	1,3	4,6	7,7	16,9	69,3	0,3	100,0	1.535
Menengah atas	68,0	0,4	0,5	32,0	1,962	0,4	4,4	9,4	16,2	69,1	0,5	100,0	1.335
Teratas	57,8	0,0	0,4	42,1	1,875	1,0	4,3	11,4	13,1	70,1	0,1	100,0	1.084
Jumlah	72,1	0,1	1,6	27,7	9,306	0,8	4,4	10,1	15,3	69,2	0,2	100,0	6.708

Catatan: angka dalam tanda kurung berdasarkan 25-49 kasus tidak tertimbang.
Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

PERKAWINAN DAN AKTIVITAS SEKSUAL 4

Temuan Utama:

- Persentase wanita berstatus kawin meningkat dengan tajam pada wanita; 13 persen wanita di bawah 20 tahun yang berstatus kawin dibandingkan dengan 60 persen wanita umur 20-24 tahun.
- Kurang dari satu persen wanita umur 15-49 berstatus hidup bersama (0,4 persen) atau berstatus pisah (0,2 persen).
- Median umur kawin pertama meningkat seiring dengan tingkat pendidikan, yaitu 22,9 untuk wanita umur 25-49 yang tamat SMTA dibandingkan dengan 17,2 untuk wanita yang tidak sekolah.
- Median umur pertama kali melakukan hubungan seksual meningkat sesuai dengan umur wanita, yaitu 19,0 untuk wanita umur 45-49 menjadi 21,3 tahun untuk wanita umur 25-29.
- Lima puluh sembilan persen wanita umur 15-49 aktif secara seksual dalam 4 minggu terakhir dan 13 persen aktif secara seksual dalam satu tahun terakhir.
- Kurang dari satu persen pria kawin umur 15-54 melakukan poligini.

Bab ini membahas faktor utama yang mempengaruhi kemungkinan seorang wanita untuk hamil selain penggunaan kontrasepsi. Faktor-faktor tersebut antara lain perkawinan, aktivitas seksual, dan poligini. Perkawinan merupakan awal dari kemungkinan untuk hamil bagi seorang wanita. Masyarakat dengan umur perkawinan pertama yang rendah cenderung untuk mulai mempunyai anak pada umur yang rendah pula dan mempunyai fertilitas yang tinggi. Bab ini juga membahas informasi mengenai indikasi awal kemungkinan untuk hamil dan tingkatan risiko menjadi hamil, sebagai contoh umur pertama kali melakukan hubungan seksual, dan frekuensi hubungan seksual yang terakhir.

Seluruh wanita umur 15-49 tahun pada rumah tangga terpilih Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012, diwawancara dengan Kuesioner Wanita (SDKI12-WUS). Hal ini berbeda dengan SDKI sebelumnya yang hanya mewawancarai wanita pernah kawin umur 15-49 tahun. Perbedaan lain antara SDKI 2012 dengan SDKI sebelumnya adalah klasifikasi status perkawinan, untuk SDKI 2012 ada tambahan dua status perkawinan, yaitu hidup bersama dan pisah.

4.1 STATUS PERKAWINAN SAAT INI

Distribusi persentase wanita umur 15-49 tahun menurut status perkawinan dan umur disajikan pada Tabel 4.1. Dua puluh dua persen wanita berstatus belum kawin, 73 persen berstatus kawin, 3 persen bersatus cerai hidup dan 2 persen berstatus cerai mati. Persentase wanita berstatus kawin meningkat tajam pada wanita. Secara umum, dua kategori (hidup bersama dan pisah) merupakan bagian yang sangat sedikit dari wanita, hanya kurang dari 1 persen diantara wanita umur 15-49 tahun. Persentase wanita yang belum kawin menurun dari 87 persen diantara wanita umur 15-19 tahun, menjadi 38 persen diantara umur 20-24 tahun. Tiga belas persen wanita berumur di bawah 20 tahun berstatus kawin/hidup bersama, 60 persen untuk wanita umur 20-24 tahun, dan 86 persen untuk wanita umur 25-29 tahun. Proporsi tertinggi wanita yang berstatus kawin/hidup bersama terdapat pada kelompok umur 35-39 tahun, yaitu sebesar 92 persen.

Secara keseluruhan, hanya ada sedikit wanita umur 15-49 tahun yang berada pada kedua kategori baru dari status perkawinan (hidup bersama dan pisah), masing-masing kurang dari satu persen. Proporsi wanita yang berstatus cerai mati meningkat sejalan dengan bertambahnya umur, yaitu kurang dari satu persen untuk wanita di bawah 35 tahun menjadi empat persen untuk wanita umur 40-44 tahun, dan menjadi delapan persen untuk wanita umur 45-49 tahun. Demikian juga proporsi wanita yang berstatus cerai hidup, meningkat seiring dengan bertambahnya umur, mencapai empat persen untuk wanita umur 40-44 dan 45-49 tahun.

Tabel 4.1 Status perkawinan

Distribusi persentase wanita umur 15-49 tahun menurut status perkawinan dan kelompok umur, Indonesia 2012

Umur	Belum Kawin	Kawin	Hidup Bersama	Cerai Hidup	Pisah	Cerai Mati	Jumlah	Persentase wanita berstatus kawin/hidup bersama	Jumlah Wanita
15-19	86,6	12,6	0,2	0,4	0,1	0,0	100,0	12,8	6.927
20-24	38,2	58,8	0,7	1,8	0,1	0,3	100,0	59,5	6.305
25-29	10,6	85,6	0,6	2,4	0,2	0,6	100,0	86,2	6.959
30-34	4,5	91,1	0,3	3,1	0,2	0,8	100,0	91,4	6.876
35-39	3,2	91,8	0,2	2,9	0,2	1,7	100,0	92,0	6.882
40-44	2,1	88,8	0,3	4,1	0,2	4,4	100,0	89,1	6.252
45-49	2,0	85,5	0,2	4,2	0,3	7,9	100,0	85,7	5.407
Jumlah	21,7	73,0	0,4	2,7	0,2	2,1	100,0	73,4	45.607

4.2 POLIGINI

Terdapat dua sistem ikatan perkawinan yang dikenal masyarakat, yaitu monogami dan poligini. Perbedaan ini mempengaruhi kehidupan sosial dan mempunyai implikasi terhadap fertilitas, meskipun antara sistem ikatan perkawinan dengan fertilitas memiliki hubungan yang rumit dan tidak mudah untuk dipahami. Seseorang yang melakukan poligini, yaitu seorang pria memiliki istri/pasangan hidup lebih dari satu dalam waktu bersamaan, mempunyai implikasi terhadap frekuensi hubungan seksual, sehingga akan mempengaruhi tingkat fertilitas. Informasi mengenai poligini dikumpulkan pada SDKI 2012 dengan menanyakan kepada responden pria kawin apakah saat ini mereka memiliki seorang istri/pasangan hidup atau lebih.

Tabel 4.2 Jumlah istri dari pria kawin

Distribusi persentase dari pria kawin berumur 15-54 tahun menurut jumlah istri dan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Jumlah Istri		Jumlah	Jumlah Pria Kawin
	1	2+		
Umur				
15-19	(100,0)	(0,0)	100,0	28
20-24	98,9	1,1	100,0	345
25-29	99,8	0,2	100,0	1.127
30-34	99,8	0,2	100,0	1.674
35-39	99,3	0,7	100,0	1.775
40-44	98,6	1,4	100,0	1.693
45-49	99,3	0,7	100,0	1.371
50-54	99,0	1,0	100,0	1.292
Daerah tempat tinggal				
Perkotaan	99,4	0,6	100,0	4.739
Perdesaan	99,2	0,8	100,0	4.567
Pendidikan				
Tidak Sekolah	94,3	5,7	100,0	265
Tidak Tamat SD	99,2	0,8	100,0	1.371
Tamat SD	99,4	0,6	100,0	2.118
Tidak Tamat SMTA	99,0	1,0	100,0	1.979
Tamat SMTA	99,7	0,3	100,0	2.453
Perguruan Tinggi	99,8	0,2	100,0	1.119
Kuintil kekayaaan				
Terbawah	98,9	1,1	100,0	1.596
Menengah bawah	98,6	1,4	100,0	1.866
Menengah	99,7	0,3	100,0	2.008
Menengah atas	99,6	0,4	100,0	1.962
Teratas	99,4	0,6	100,0	1.875
Jumlah	99,3	0,7	100,0	9.306

Catatan: Angka dalam tanda kurung berdasarkan 25-49 kasus tidak tertimbang
Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 4.2 menunjukkan distribusi persentase pria kawin umur 15-54 tahun menurut jumlah istri dan karakteristik latar belakang. Secara keseluruhan, kurang dari satu persen pria kawin di Indonesia yang melakukan poligini, yaitu yang memiliki dua istri/pasangan hidup atau lebih. Tidak ada perbedaan yang berarti antar karakteristik dalam hal persentase pria kawin yang melakukan poligini, kecuali tingkat pendidikan. Persentase pria kawin tidak sekolah yang melakukan poligini sebesar 6 persen, sementara yang berpendidikan perguruan tinggi kurang dari 1 persen.

Distribusi persentase pria kawin umur 15-54 tahun menurut jumlah istri dan provinsi disajikan pada Tabel Lampiran A-4.1

4.3 MEDIAN UMUR PERKAWINAN PERTAMA

Pada umumnya, hubungan seksual pertama kali dilakukan bertepatan dengan perkawinan pertama, karena biasanya seseorang akan melakukan hubungan seksual jika sudah dalam ikatan perkawinan. Hubungan seksual merupakan awal seseorang berisiko hamil. Oleh karena itu umur perkawinan pertama juga dapat digunakan sebagai indikator awal seseorang berisiko hamil. Dengan demikian umur kawin pertama merupakan indikator sosial dan demografi yang penting. Suatu masyarakat yang kebanyakan wanitanya melakukan perkawinan pertama pada umur muda, angka kelahirannya lebih tinggi dibandingkan dengan masyarakat yang wanitanya melakukan perkawinan pertama pada umur lebih tua. Di Indonesia, perkawinan memiliki hubungan yang kuat dengan fertilitas, karena biasanya kebanyakan wanita melahirkan setelah ada dalam ikatan perkawinan. Dengan demikian, mengetahui tren umur kawin pertama adalah sangat penting dalam mempelajari perubahan pola fertilitas di Indonesia.

Tabel 4.3 menyajikan median umur kawin pertama untuk wanita umur 20-49 tahun, wanita umur 25-49 tahun, wanita pernah kawin umur 20-49 tahun, wanita pernah kawin umur 25-49 tahun, dan pria kawin umur 25-54 tahun menurut karakteristik latar belakang. Median didefinisikan sebagai umur di mana 50 persen dari semua wanita atau pria dalam kelompok umur sudah melakukan perkawinan. Median lebih banyak digunakan daripada nilai rata-rata sebagai salah satu pengukuran nilai tengah, karena tidak seperti nilai rata-rata, angka median dapat diperkirakan untuk semua kohor di mana setidaknya setengah dari wanita atau pria berstatus kawin pada saat survei.

Tabel 4.3 Median umur kawin pertama menurut karakteristik

Median umur kawin pertama wanita umur 20-49 tahun dan 25-49 tahun, median umur kawin pertama wanita pernah kawin umur 20-49 tahun dan 25-49 tahun, dan median umur kawin pertama pria kawin umur 25-54 tahun, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Umur Wanita		Umur Wanita Pernah Kawin		Umur Pria Kawin
Karakteristik latar belakang	20-49	25-49	20-49	25-49	25-54
Daerah tempat tinggal					
Perkotaan	a	21,5	a	21,2	a
Perdesaan	19,3	19,1	19,0	19,0	23,4
Pendidikan					
Tidak Sekolah	17,3	17,2	17,1	17,0	21,8
Tidak Tamat SD	17,5	17,4	17,4	17,3	21,9
Tamat SD	18,4	18,4	18,3	18,3	23,0
Tidak Tamat SMTA	19,7	19,7	19,4	19,6	23,8
Tamat SMTA	a	22,9	a	22,6	a
Kuintil kekayaan					
Terbawah	19,1	19,1	18,9	18,9	23,4
Menengah bawah	19,6	19,4	19,2	19,2	23,7
Menengah	20,0	19,7	19,5	19,5	23,7
Menengah atas	a	20,6	a	20,4	24,6
Teratas	a	22,6	a	22,2	a
Jumlah	a	20,4	19,9	20,1	24,3

Catatan: Umur kawin pertama adalah umur responden mulai menjadi suami/istri atau mulai hidup bersama untuk yang pertama kali.
a = median tidak dihitung karena kurang dari 50 persen responden dalam kelompok umur x sampai x + 4 di mana perkawinan pertama dilakukan sebelum berumur x.

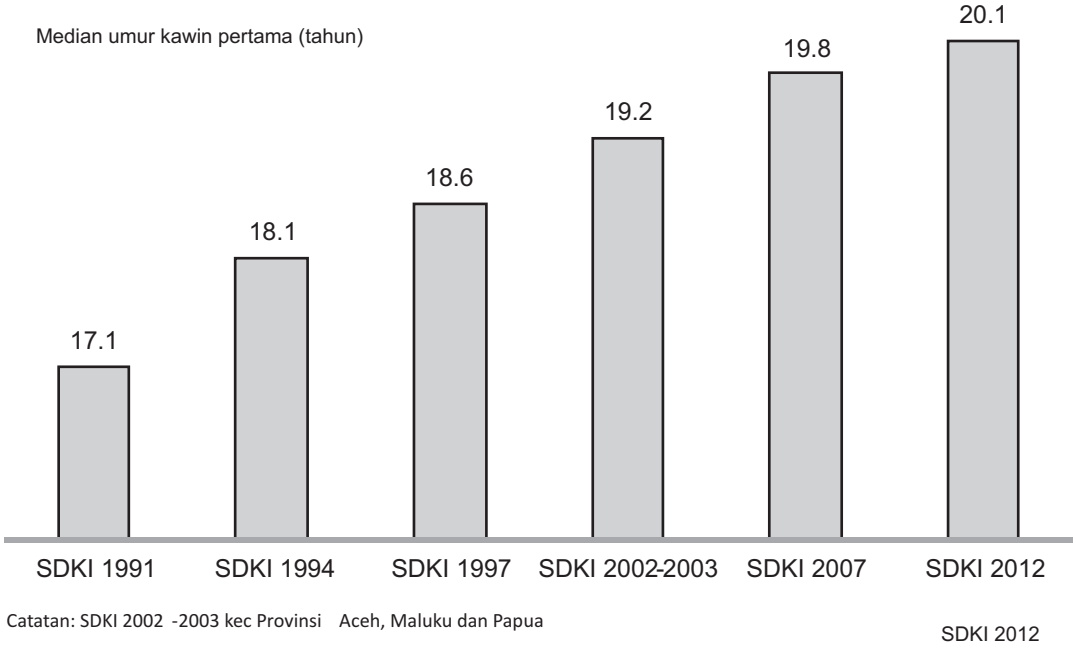
Median umur kawin pertama bagi wanita umur 25-49 tahun adalah 20,4 tahun, sementara untuk wanita pernah kawin umur 25-49 tahun adalah 20,1 tahun. Median umur kawin pertama bagi pria kawin umur 25-54 tahun adalah 24,3 tahun. Secara umum, wanita umur 25-49 tahun yang tinggal di perkotaan menikah dua tahun lebih lambat dibandingkan wanita yang tinggal di perdesaan (21,5 tahun dibanding 19,1 tahun).

Hubungan yang positif terlihat pada median umur kawin pertama dan tingkat pendidikan. Sebagai contoh, median umur kawin pertama wanita umur 25-49 tahun yang tamat SMTA adalah 22,9 tahun, lima tahun lebih lambat daripada wanita yang tidak sekolah (17,2 tahun). Demikian juga wanita pada kuintil kekayaan teratas menikah lebih lambat dibandingkan wanita pada kuintil kekayaan terbawah; median umur kawin pertama wanita umur 25-49 tahun pada kuintil kekayaan teratas adalah 22,6 tahun, dibanding dengan 19,1 tahun pada wanita pada kuintil kekayaan terbawah. Pola yang sama juga terjadi pada wanita pernah kawin umur 25-49 tahun.

Median umur kawin pertama untuk pria kawin umur 25-54 tahun memiliki pola dan hubungan yang sama dengan wanita, baik menurut tingkat pendidikan yang ditamatkan maupun status kekayaan. Pria kawin dengan yang tidak tamat SMTA menikah dua tahun lebih lambat daripada pria tidak sekolah (23,8 tahun dibanding 21,8 tahun). Median umur kawin pertama untuk pria kawin umur 25-49 tahun pada kuintil kekayaan menengah ke atas adalah 24,6 tahun, dibanding dengan 23,4 tahun untuk pria pada kuintil kekayaan terbawah.

Variasi median umur kawin pertama untuk wanita umur 20-49 tahun, wanita umur 25-49 tahun, wanita pernah kawin umur 20-49 tahun, wanita pernah kawin umur 25-49 tahun, dan pria kawin umur 25-54 tahun menurut provinsi disajikan pada Tabel Lampiran A-4.2.

Gambar 4.1 Tren median umur kawin pertama dari wanita pernah kawin umur 25-49 tahun, Indonesia 1991-2012



Gambar 4.1 menunjukkan tren umur kawin pertama wanita pernah kawin umur 25-49 tahun. Median umur kawin pertama mengalami kenaikan dari tahun ke tahun, dari 17,7 tahun pada tahun 1991 menjadi 20,1 tahun pada 2012.

4.4 UMUR PERTAMA MELAKUKAN HUBUNGAN SEKSUAL

Meskipun umur kawin sering digunakan sebagai pendekatan awal mula seseorang melakukan hubungan seksual dan sebagai pendekatan awal dari risiko menjadi hamil, tetapi kedua peristiwa ini mungkin tidak terjadi pada waktu bersamaan, karena beberapa pria dan wanita telah melakukan hubungan seksual sebelum adanya ikatan perkawinan. SDKI 2012 mengumpulkan informasi waktu pertama kali melakukan hubungan seksual untuk semua wanita dan pria kawin.

Tabel 4.4. menunjukkan proporsi wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun yang telah melakukan hubungan seksual menurut kelompok umur, dan median umur pertama melakukan hubungan seksual pada kelompok umur tertentu. Wanita yang lebih tua cenderung melakukan hubungan seksual pada umur lebih muda dibandingkan dengan wanita lebih muda. Delapan persen wanita umur 25-49 tahun melakukan hubungan seksual yang pertama pada umur 15 tahun, dan 45 persen melakukan hubungan seksual yang pertama pada umur 20 tahun. Terdapat perbedaan substansial dalam umur pertama kali melakukan hubungan seksual bagi wanita. Sebagai contoh, persentase wanita umur 45-49 tahun yang melakukan hubungan seksual pertama kali pada umur 15 tahun sebesar 15 persen, 6 persen wanita umur 30-34 tahun dan 3 persen wanita umur 20-24 tahun.

Median umur pertama kali melakukan hubungan seksual bagi wanita umur 25-49 tahun (20,6 tahun) hanya sedikit lebih tinggi dibandingkan dengan median umur perkawinan pertama wanita umur 25-49 tahun (20,4 tahun), hal ini menunjukkan bahwa wanita di Indonesia pada umumnya melakukan

hubungan seksual yang pertama pada saat mereka melakukan perkawinan pertama. Secara keseluruhan, median umur pertama melakukan hubungan seksual telah meningkat dari 19,0 tahun bagi wanita umur 45-49 tahun menjadi 21,3 tahun untuk wanita umur 25-29 tahun.

Tabel 4.4 Umur pertama melakukan hubungan seksual

Persentase wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 yang pertama melakukan hubungan seksual menurut umur tertentu, persentase tidak melakukan hubungan seksual, dan median umur pertama melakukan hubungan seksual menurut kelompok umur, Indonesia 2012

	Persentase yang pertama kali melakukan hubungan seksual pada umur:					Persentase yang tidak pernah melakukan hubungan seksual		Median umur pertama melakukan hubungan seksual
Umur	15	18	20	22	25		Jumlah	
				WANITA				
15-19	1.6	na	na	na	na	86,2	6.927	na
20-24	2,5	16,8	37,4	na	na	37,6	6.305	na
25-29	4,3	20,4	38,0	55,0	75,3	10,4	6.959	21,3
30-34	6,3	24,5	41,2	56,9	72,0	4,5	6.876	21,0
35-39	7,1	26,8	43,3	58,8	74,1	3,1	6.882	20,8
40-44	11,1	32,5	48,3	62,2	75,2	2,1	6.252	20,2
45-49	14,9	41,5	57,0	68,7	79,6	1,9	5.407	19,0
20-49	7,4	26,6	43,7	na	na	10,0	38.680	na
25-49	8,4	28,5	45,0	59,9	75,1	4,6	32.375	20,6
15-24	2,1	na	na	na	na	63,0	13.232	na
				PRIA KAWIN				
15-19	(21,0)	na	na	na	na	0,0	28	na
20-24	1,7	8,6	35,0	na	na	0,2	345	na
25-29	1,6	6,6	18,2	36,0	71,4	0,4	1.127	23,3
30-34	0,9	6,7	17,1	32,8	54,9	0,2	1.674	24,4
35-39	1,7	7,4	17,6	32,7	53,0	0,0	1.775	24,4
40-44	1,4	7,5	17,1	33,9	57,9	0,0	1.693	24,0
45-49	1,6	11,1	22,3	37,4	58,2	0,0	1.371	23,5
50-54	1,5	10,7	23,0	42,8	65,2	0,0	1.292	23,1
20-49	1,4	7,8	19,0	na	na	0,1	7.986	na
25-49	1,4	7,8	18,3	34,3	58,1	0,1	7.641	23,9
15-24	3,1	na	na	na	na	0,2	373	na
20-54	1,4	8,2	19,6	na	na	0,1	9.278	na
25-54	1.4	8,2	19,0	35,5	59,2	0,1	8.933	23,8

na = Tidak berlaku
Angka dalam kurung karena jumlah kasus sebesar 25-49 data tidak tertimbang.

Data mengenai umur pertama melakukan hubungan seksual antara pria kawin dengan wanita tidak bisa dibandingkan, karena perbedaan dalam populasi dasar; pria kawin, semua wanita, dan wanita pernah kawin. Median umur pertama melakukan hubungan seksual untuk pria kawin umur 25-49 tahun adalah 23,8 tahun. Pria kawin umur 25-54 tahun yang telah melakukan hubungan seksual pertama pada umur 15 tahun sebesar 1 persen, sedangkan yang melakukannya pada umur 20 tahun sebesar 19 persen.

Sebagaimana pada kasus wanita, pria juga mengalami kenaikan pada umur pertama melakukan hubungan seksual. Pria kawin umur 50-54 tahun yang melakukan hubungan seksual pertama pada umur 20 tahun sebesar 23 persen, sedangkan yang berumur 25-29 tahun hanya sebesar 18 persen. Median umur pertama melakukan hubungan seksual untuk pria kawin umur 25-54 (23,8 tahun) hanya sedikit lebih rendah dibandingkan dengan median umur kawin pertama (24,3 tahun), hal ini menunjukkan pada umumnya umur pria ketika melakukan hubungan seksual yang pertama sama dengan umur perkawinan pertama.

4.5 MEDIAN UMUR PERTAMA MELAKUKAN HUBUNGAN SEKSUAL

Tabel 4.5 menunjukkan variasi dari median umur pertama melakukan hubungan seksual untuk wanita umur 20-49 tahun, wanita umur 25-49 tahun, wanita pernah kawin umur 20-49 tahun, wanita pernah kawin umur 25-49 tahun dan pria kawin umur 25-54 tahun menurut karakteristik latar belakang. Variasi dalam median umur pertama melakukan hubungan seksual di antara wanita menurut karakteristik latar belakang hampir sama dengan variasi dalam median umur perkawinan pertama (Tabel 4.3).

Wanita umur 25-49 yang tinggal di daerah perkotaan dua tahun lebih lambat dalam melakukan hubungan seksual yang pertama dibandingkan dengan wanita yang tinggal di daerah perdesaan (21,8 tahun dibandingkan dengan 19,4 tahun). Median umur pertama melakukan hubungan seksual untuk wanita umur 25-49 tahun yang tamat SMTA adalah 23,1 tahun, lima tahun lebih lambat daripada wanita yang tidak sekolah (17,5 tahun). Median umur pertama melakukan hubungan seksual meningkat sesuai dengan status kesejahteraannya; median umur pertama melakukan hubungan seksual untuk wanita umur 25-49 tahun pada kuintil kekayaan teratas adalah tiga setengah tahun lebih lambat daripada wanita pada kuintil kekayaan terbawah (22,8 tahun dibanding dengan 19,3 tahun). Pola ini juga terlihat pada wanita pernah kawin umur 25-49 tahun, sebagaimana pola yang terjadi pada median umur perkawinan pertama.

Tabel 4.5 Median umur pertama melakukan hubungan seksual menurut karakteristik latar belakang

Median umur pertama melakukan hubungan seksual wanita umur 20-49 tahun dan umur 25-49 tahun, median umur pertama melakukan hubungan seksual wanita pernah kawin umur 20-49 tahun dan umur 25-49 tahun, dan median umur pertama melakukan hubungan seksual pria kawin umur 20-54 tahun dan umur 25-54 tahun, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Umur wanita		Umur wanita pernah kawin		Umur pria kawin
Karakteristik latar belakang	20-49	25-49	20-49	25-49	25-54
Daerah Tempat Tinggal					
Perkotaan	a	21,8	a	21,4	24,6
Perdesaan	19,5	19,4	19,2	19,2	23,1
Pendidikan					
Tidak sekolah	17,6	17,5	17,3	17,3	21,4
Tidak tamat SD	17,9	17,8	17,7	17,7	21,5
Tamat SD	18,6	18,5	18,4	18,4	22,8
Tidak tamat SMTA	19,8	19,9	19,5	19,7	23,2
Tamat SMTA	a	23,1	a	22,8	a
Kuintil kekayaan					
Terbawah	19,3	19,3	19,0	19,1	22,6
Menengah bawah	19,7	19,6	19,4	19,4	23,2
Menengah	a	20,0	19,7	19,8	23,3
Menengah atas	a	20,9	a	20,6	24,1
Teratas	a	22,8	a	22,4	a
Jumlah	a	20,6	a	20,3	23,8

a = median tidak dihitung karena kurang dari 50 persen responden dalam kelompok umur x sampai x + 4 di mana perkawinan pertama dilakukan sebelum berumur x.

Median umur pertama melakukan hubungan seksual bagi pria kawin umur 25-54 tahun yang tinggal di daerah perkotaan adalah 24,6 tahun, satu setengah tahun lebih lambat daripada pria yang tinggal di daerah perdesaan (23,1 tahun). Median umur pertama melakukan hubungan seksual untuk pria kawin umur 25-54 tahun meningkat seiring dengan tingkat pendidikan. Contohnya, median umur pertama melakukan hubungan seksual untuk pria kawin yang tidak tamat SMTA adalah 23,2 tahun, hampir dua tahun lebih lambat dibandingkan pria yang tidak sekolah (21,4 tahun). Pria kawin pada kuintil kekayaan teratas melakukan hubungan seksual yang pertama pada umur lebih tua daripada pria pada kuintil kekayaan terbawah. Median umur pertama melakukan hubungan seksual untuk pria kawin umur 25-54 tahun pada kuintil kekayaan menengah atas adalah 24,1 tahun, satu setengah tahun lebih lambat dibandingkan dengan pria pada kuintil kekayaan terbawah (22,6 tahun).

Median umur pertama melakukan hubungan seksual menurut provinsi disajikan pada Tabel Lampiran A-4.3.

4.6 AKTIVITAS SEKSUAL TERAKHIR

Tanpa pemakaian kontrasepsi, kemungkinan untuk hamil tergantung pada frekuensi hubungan seksual. Oleh karena itu informasi mengenai frekuensi hubungan seksual menjadi penting untuk mempertajam indikator dari kemungkinan hamil. SDKI 2012 menanyakan kepada wanita umur 15-49 tahun tentang kapan mereka melakukan hubungan seksual yang terakhir kali.

Tabel 4.6 memberikan informasi tentang kapan responden terakhir melakukan hubungan seksual, menurut karakteristik latar belakang. Secara keseluruhan, 59 persen wanita umur 15-49 tahun aktif secara seksual dalam waktu empat minggu sebelum survei. Tiga belas persen wanita umur 15-49 tahun aktif secara seksual dalam 12 bulan sebelum survei, tetapi tidak dalam empat minggu terakhir. Enam persen wanita umur 15-49 tahun melakukan hubungan seksual yang terakhir pada satu tahun atau lebih sebelum survei. Setiap satu dari lima (22 persen) wanita umur 15-49 tahun tidak pernah melakukan hubungan seksual.

Tidak mengherankan jika sebagian besar wanita umur 15-19 tahun (86 persen) tidak pernah melakukan hubungan seksual, karena pada umumnya pada umur ini mereka belum melakukan perkawinan. Sepuluh persen wanita umur 15-19 tahun melakukan hubungan seksual yang terakhir kali dalam empat minggu sebelum survei. Proporsi ini meningkat seiring dengan bertambahnya umur,kecuali untuk umur 35-49,40-44 dan 45-49; 72 persen untuk wanita umur 25-29 tahun dan 77 persen untuk wanita umur 30-34 tahun.

Hampir semua wanita berstatus belum kawin tidak pernah melakukan hubungan seksual (99 persen). Delapan puluh persen wanita yang saat ini berstatus kawin/hidup bersama aktif secara seksual dalam empat minggu sebelum survei. Ada sedikit variasi dalam aktivitas seksual terakhir menurut lamanya dalam ikatan perkawinan; wanita yang telah menikah selama 0-19 tahun lebih aktif secara seksual dalam empat minggu sebelum survei dibandingkan dengan wanita yang telah menikah lebih lama.

Wanita yang tinggal di daerah perdesaan hanya sedikit lebih aktif secara seksual dalam empat minggu sebelum survei (61 persen) dibandingkan dengan wanita yang tinggal di daerah perkotaan (57 persen). Persentase wanita di daerah perdesaan yang tidak pernah melakukan hubungan seksual lebih kecil daripada yang tinggal di perkotaan (17 persen dibandingkan dengan 26 persen). Wanita yang tidak bersekolah lebih aktif secara seksual daripada wanita yang berpendidikan perguruan tinggi; hanya 5-6 persen wanita tidak tamat SD atau tidak sekolah yang tidak pernah melakukan hubungan seksual. Proporsi wanita tidak tamat SMTA keatas yang tidak pernah melakukan hubungan seksual sebesar 24 persen atau lebih.

Wanita yang menggunakan suatu metode kontrasepsi lebih aktif secara seksual daripada wanita yang tidak menggunakannya. Empat dari sepuluh wanita yang tidak menggunakan metode kontrasepsi tidak pernah melakukan hubungan seksual, dan 36 persen aktif secara seksual dalam empat minggu sebelum survei. Data SDKI 2012 menunjukkan bahwa terdapat variasi waktu dalam aktivitas seksual menurut jenis alat kontrasepsi yang digunakan. Sebagai contoh, 85 persen wanita yang menggunakan kontrasepsi suntik dan 76 persen yang menggunakan sterilisasi wanita melakukan hubungan seksual dalam empat minggu sebelum survei, sementara 90 persen dan 94 persen untuk wanita yang menggunakan alat kontrasepsi pil dan kondom. Tidak ada perbedaan yang nyata dalam aktivitas seksual terakhir menurut status kekayaan.

Tabel Lampiran A-4.4 menunjukkan distribusi persentase dari wanita umur 15-49 yang melakukan hubungan seksual menurut waktu dan provinsi.

Tabel 4.6 Aktivitas seksual terakhir: Wanita

Distribusi persentase wanita umur 15-49 tahun yang melakukan hubungan seksual terakhir menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012.

Karakteristik latar belakang	Hubungan seksual terakhir: Dalam 4 minggu	Dalam 1 tahun[1]	Satu tahun atau lebih	Tidak menjawab	Tidak pernah melakukan hubungan seksual	Jumlah	Jumlah wanita
Umur							
15-19	10,2	2,6	0,8	0,2	86,2	100,0	6.927
20-24	49,0	10,6	2,4	0,3	37,6	100,0	6.305
25-29	72,0	12,6	4,5	0,5	10,4	100,0	6.959
30-34	76,7	12,7	5,6	0,6	4,5	100,0	6.876
35-39	75,5	14,8	6,1	0,4	3,1	100,0	6.882
40-44	70,3	16,2	10,5	0,9	2,1	100,0	6.252
45-49	58,8	22,0	16,4	0,9	1,9	100,0	5.407
Status perkawinan							
Belum kawin	0,2	0,5	0,5	0,1	98,7	100,0	9.919
Kawin/hidup bersama	80,1	16,6	2,6	0,7	0,0	100,0	33.465
Cerai hidup/pisah/cerai mati	0,4	9,8	88,2	0,7	0,9	100,0	2.223
Lama perkawinan[2]							
0-4 tahun	80,7	16,7	1,9	0,5	0,2	100,0	6.362
5-9 tahun	84,7	12,9	1,8	0,6	0,0	100,0	5.654
10-14 tahun	85,0	12,3	2,2	0,5	0,0	100,0	5.432
15-19 tahun	82,2	14,9	2,1	0,8	0,0	100,0	4.731
20-24 tahun	79,3	17,6	2,2	0,9	0,0	100,0	3.904
25+ tahun	67,3	26,3	5,3	1,0	0,0	100,0	4.269
Kawin lebih dari sekali	77,4	18,8	3,4	0,3	0,0	100,0	3.112
Daerah tempat tinggal							
Perkotaan	57,3	10,8	6,0	0,4	25,5	100,0	23.805
Perdesaan	60,6	14,9	6,6	0,6	17,2	100,0	21.802
Pendidikan							
Tidak Sekolah	54,5	19,9	18,7	0,8	6,2	100,0	1.500
Tidak Tamat SD	61,1	20,8	12,3	0,8	4,9	100,0	4.870
Tamat SD	69,1	16,8	7,8	0,5	5,8	100,0	10.254
Tidak Tamat SMTA	51,1	9,8	4,6	0,5	34,0	100,0	12.753
Tamat SMTA	61,5	10,3	4,2	0,4	23,6	100,0	10.677
Perguruan Tinggi	51,9	7,9	3,0	0,4	36,8	100,0	5.552
Alat/cara KB yang dipakai[3]							
Sterilisasi wanita	76,0	18,3	5,4	0,2	0,0	100,0	1.115
Sterilisasi pria	70,3	24,0	5,7	0,0	0,0	100,0	52
Pil	89,7	9,6	0,3	0,3	0,0	100,0	4.546
IUD	83,4	12,4	3,4	0,8	0,0	100,0	1.353
Suntik	85,2	13,2	0,8	0,7	0,0	100,0	10.695
Kondom	93,6	4,9	0,1	1,5	0,0	100,0	591
Sanggama terputus	87,4	11,9	0,7	0,0	0,0	100,0	782
Tidak pakai	36,2	13,0	10,6	0,5	39,6	100,0	24.777
Kuintil kekayaan							
Terbawah	59,5	14,3	9,2	0,6	16,4	100,0	7.767
Menengah bawah	58,3	15,1	7,2	0,5	18,8	100,0	8.784
Menengah	58,9	13,5	6,1	0,6	20,9	100,0	9.243
Menengah atas	60,8	11,6	4,9	0,4	22,3	100,0	9.743
Tertinggi	57,0	9,9	4,8	0,5	27,7	100,0	10.071
Jumlah	58,9	12,8	6,3	0,5	21,5	100,0	45.607

[1] Tidak termasuk wanita yang melakukan hubungan seksual dalam 4 minggu terakhir
[2] Tidak termasuk wanita yang saat ini belum/tidak kawin
[3] Tidak termasuk wanita yang menggunakan KB selain yang telah disebutkan
Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

FERTILITAS 5

Temuan Utama:

- Angka fertilitas total untuk periode tiga tahun sebelum survei adalah 2,6 anak per wanita. Angka ini tidak berubah sejak SDKI 2002-03.
- Angka fertilitas total di daerah perkotaan sedikit lebih rendah dibandingkan dengan daerah perdesaan, yaitu masing-masing 2,4 dan 2,8 anak.
- Puncak umur melahirkan wanita umur 15-49 tahun bergeser dari 20-24 tahun pada SDKI 2007 menjadi 25-29 tahun pada SDKI 2012.
- Median umur melahirkan pertama pada wanita umur 25-29 (22,8 tahun) lebih tinggi dibandingkan wanita umur 45-49 (20,6 tahun).
- Sepuluh persen remaja wanita umur 15-19 tahun pernah melahirkan atau sedang hamil anak pertama.

Bab ini menyajikan informasi mengenai tingkat fertilitas pada saat ini dan tren fertilitas. Informasi ini sangat penting karena berkaitan langsung dengan kebijakan dan program kependudukan. Pada bab ini juga disajikan pola fertilitas kumulatif, jarak antar kelahiran, usia pertama kali melahirkan, serta prevalensi kehamilan dan melahirkan pada remaja. Informasi mengenai umur pertama kali melahirkan dan jarak antar kelahiran penting karena berkaitan dengan meningkatnya risikokesakitan dan kematian pada ibu dan anaknya.

5.1 EVALUASI DATA FERTILITAS PADA SDKI 2012

Informasi yang disajikan pada bab ini berdasarkan data riwayat kelahiran yang dikumpulkan dari seluruh wanita umur 15-49 tahun. Pertama-tama kepada setiap wanita ditanyakan beberapa pertanyaan untuk menentukan jumlah anak lahir hidup selama hidupnya. Kemudian, untuk setiap kelahiran hidup dikumpulkan informasi mengenai umur, jenis kelamin, dan apakah anak tersebut masih hidup atau sudah meninggal. Untuk anak yang sudah meninggal, dicatat umur saat meninggal.

Ketepatan data fertilitas dipengaruhi oleh kurang lengkapnya laporan kelahiran (terutama untuk bayi yang meninggal segera setelah lahir) dan kesalahan dalam melaporkan tanggal kelahiran. Kesalahan pada jumlah kelahiran berpengaruh pada estimasi tingkat fertilitas, sedang kesalahan pada tanggal lahir mempengaruhi tren fertilitas. Jika kesalahan ini bervariasi menurut kondisi sosial ekonomi responden, maka perbedaan fertilitas untuk tiap kelompok juga akan terpengaruh.

Baik responden maupun pewawancara berpotensi untuk melakukan kesalahan. Responden mungkin tidak melaporkan seluruh kelahiran, terutama anak yang telah meninggal karena akan menimbulkan kesedihan. Kesalahan dalam mengingat juga merupakan penyebab kesalahan dalam melaporkan tanggal kelahiran. Karena beberapa bagian dari kuesioner (antara lain pertanyaan kesehatan anak) ditanyakan untuk anak yang lahir pada periode waktu tertentu, ada kemungkinan pewawancara melakukan kesalahan dalam mencatat data kelahiran di luar periode yang seharusnya untuk mengurangi beban kerja mereka.

Pada Tabel Lampiran D.3 dan D.4 terdapat beberapa pengukuran yang dapat digunakan untuk mengevaluasi akurasi riwayat kelahiran pada SDKI 2012, sejauh mana terjadi kesalahan pencatatan kelahiran, baik data yang hilang maupun kesalahan tanggal kelahiran. Data yang hilang lebih sulit untuk dideteksi dibandingkan dengan kesalahan tanggal kelahiran. Salah satu tanda kemungkinan terjadinya data hilang adalah pola *sex ratio at birth* yang tidak normal. *Sex ratio at birth*, yang dinyatakan dengan

jumlah pria per 100 wanita, umumnya sekitar 103-106. Walapun terjadi fluktuasi, *sex ratio at birth* untuk periode sebelum SDKI 2012 berkisar pada angka di atas (Tabel Lampiran D.4).

Terkait dengan kualitas pencatatan tanggal kelahiran, pada Tabel Lampiran D.3 terlihat bahwa tanggal lahir lengkap berhasil diperoleh dari hampir seluruh kelahiran (98 persen) selama 15 tahun sebelum survei. Walaupun terjadi kesalahan tanggal kelahiran pada periode tiga tahun dan lima tahun yang digunakan untuk menghitung beberapa pengukuran fertilitas yang disajikan pada bab ini (Tabel Lampiran D.3), kesalahan tersebut tidak sampai menimbulkan bias yang cukup besar pada pengukuran fertilitas.

Estimasi fertilitas juga dipengaruhi oleh akurasi pencatatan wanita usia subur. Perbandingan distribusi umur wanita pada SDKI 2012 dan Sensus Penduduk 2010 mengindikasikan bahwa SDKI 2012 mungkin tidak mewawancarai sebagian wanita usia subur yang belum kawin, terutama pada kelompok umur 20-24 dan 25-29. Penelusuran lebih lanjut diperlukan untuk memastikan seberapa besar jumlah wanita umur muda belum kawin yang tidak tercatat dan mengkaji efeknya terhadap estimasi fertilitas. Mengingat wanita umur muda jarang yang mempunyai banyak anak, maka apabila wanita yang tidak tercatat jumlahnya signifikan, akan menyebabkan tingkat fertilitas untuk kelompok umur ini dan juga TFR menjadi tinggi.

5.2 TINGKAT DAN TREN FERTILITAS

5.2.1 Tingkat Fertilitas

Tabel 5.1 menyajikan angka fertilitas berdasarkan kelompok umur (*Age Specific Fertility Rate* atau ASFR), angka fertilitas total (*Total Fertility Rate* atau TFR), angka kelahiran umum (*General Fertility Rate* atau GFR), dan angka kelahiran kasar (*Crude Birth Rate* atau CBR) untuk periode tiga tahun sebelum survei. Angka fertilitas ini merujuk pada periode 2009-2012. Periode tiga tahun dipilih untuk memperoleh estimasi fertilitas di Indonesia pada saat ini dengan jumlah sampel yang mencukupi untuk mengurangi *sampling error*. Angka ASFR memberikan gambaran pola fertilitas menurut kelompok umur, sedang TFR menunjukkan jumlah anak yang akan dilahirkan seorang wanita sampai akhir masa reproduksinya bila ia mengikuti pola ASFR saat ini. GFR dinyatakan dalam jumlah kelahiran hidup per 1.000 wanita umur 15-44 dalam satu tahun, dan CBR dinyatakan dalam jumlah kelahiran hidup per 1.000 penduduk dalam satu tahun.

Hasil SDKI 2012 menunjukkan TFR sebesar 2,6, yang berarti seorang wanita di Indonesia rata-rata melahirkan 2,6 anak selama hidupnya. Angka fertilitas total di daerah perdesaan (2,8 anak), 17 persen lebih tinggi dibandingkan dengan daerah perkotaan (2,4 anak).

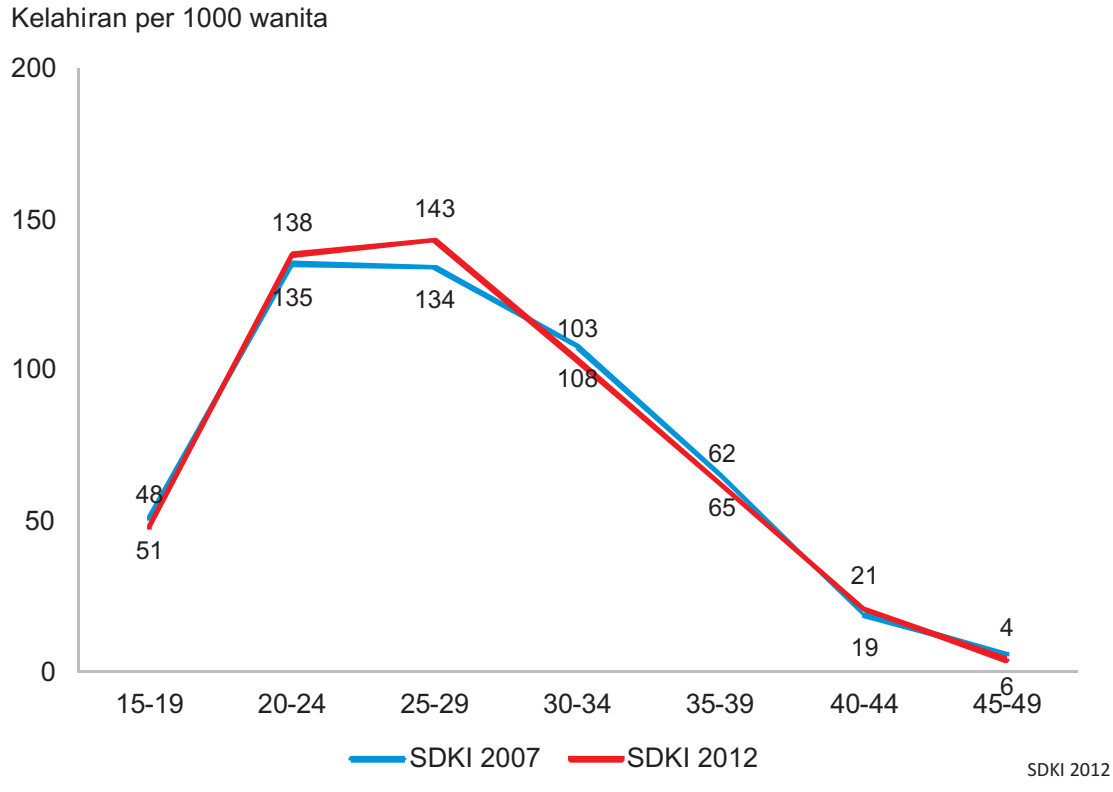
Tabel 5.1 Angka Fertilitas

Angka fertilitas menurut kelompok umur dan fertilitas kumulatif, angka fertilitas umum, dan angka kelahiran kasar untuk tiga tahun sebelum survei, menurut daerah tempat tinggal, Indonesia 2012

Kelompok umur	Tempat Tinggal		Jumlah
	Perkotaan	Perdesaan	
15-19	32	69	48
20-24	121	156	138
25-29	145	141	143
30-34	108	98	103
35-39	59	64	62
40-44	22	20	21
45-49	3	6	4
TFR(15-49)	2,4	2,8	2,6
GFR	82,0	94,0	88,0
CBR	20,1	20,7	20,4

Catatan: Angka kelahiran menurut umur ibu per 1.000 wanita, Angka untuk kelompok umur 45-49 tahun kemungkinan sedikit bias karena pembulatan, Angka fertilitas untuk periode 1-36 bulan sebelum wawancara,
TFR: Angka fertilitas total per wanita
GFR: Angka kelahiran umum per 1.000 wanita umur 15-44
CBR: Angka kelahiran kasar per 1.000 penduduk

Gambar 5.1 Angka Kelahiran Menurut Kelompok Umur 2007-2012



Pada gambar 5.1 seperti pada TFR, terdapat pula perbedaan pola ASFR di daerah perkotaan dan daerah perdesaan. Puncak umur melahirkan wanita di daerah perkotaan adalah 25-29 tahun (145 anak per 1.000 wanita), sedangkan di daerah perdesaan adalah 20-24 tahun (156 anak per 1.000 wanita). Pola ASFR untuk wanita umur 25 tahun ke atas untuk daerah perkotaan dan perdesaan hampir sama, hal ini menunjukkan bahwa perbedaan TFR untuk daerah perkotaan dan perdesaan disebabkan oleh perbedaan fertilitas pada kelompok umur di bawah 25 tahun.

Secara umum perbedaan ASFR di daerah perkotaan dan perdesaan karena wanita muda di perdesaan lebih banyak yang telah melahirkan daripada wanita diperkotaan. Menghitung ASFR dapat dilihat pada Tabel 5.3, untuk menghitung tingkat fertilitas kumulatif pada kelompok umur 15-24 tahun dan 25-29 tahun. Hasilnya menunjukkan wanita di daerah perdesaan rata-rata telah memiliki 1,1 anak lahir hidup sebelum ulang tahun ke 25, lebih tinggi 0,7 daripada wanita di daerah perkotaan pada umur yang sama.

Tabel 5.1 juga menunjukkan angka kelahiran umum (GFR) adalah 88 kelahiran per 1000 wanita umur 15-49 tahun, dan angka kelahiran kasar (CBR) adalah 20 kelahiran per 1000 penduduk.

5.2.2 Perbedaan Angka Fertilitas Total dan Fertilitas Kumulatif

Tabel 5.2 menyajikan ukuran fertilitas bervariasi menurut tempat tinggal, pendidikan, dan karakteristik latar belakang lainnya. Pada Tabel 5.2 disajikan beberapa indikator fertilitas termasuk angka fertilitas total, rata-rata anak yang dilahirkan hidup oleh wanita umur 40-49 tahun, dan persentase wanita yang sedang hamil. Rata-rata anak lahir hidup wanita umur 40-49 tahun adalah indikator fertilitas kumulatif (*completed fertility*), yang mencerminkan fertilitas wanita tua yang hampir mendekati berakhirnya masa reproduksi. Jika fertilitas konstan sepanjang waktu, dua ukuran fertilitas seperti TFR dan CEB, cenderung sama. Bila tingkat fertilitas turun, TFR akan lebih rendah dari CEB. Data persentase

wanita hamil merupakan informasi tambahan untuk mengetahui fertilitas saat ini, meskipun sulit untukmendapatkan data seluruh wanita dengan kehamilan dini.

Tabel 5.2 memperlihatkan perbedaan TFR menurut daerah tempat tinggal, pendidikan, dan kuintil kekayaan. Rata-rata jumlah anak lahir hidup pada wanita umur 40-49 tahun lebih tinggi di perdesaan (3,4 anak) dibandingkan dengan di perkotaan (3,0). Dengan demikian, pola TFR di perdesaan lebih tinggi dibandingkan dengan di perkotaan bertahan selama beberapa dekade.

Secara umum, angka fertilitas total turun seiring meningkatnya tingkat pendidikan wanita; TFR wanita dengan pendidikan perguruan tinggi adalah 2,4 anak sedangkan TFR wanita yang tidak tamat SD adalah 3,0 anak. Tingkat pendidikan wanita juga mempunyai hubungan negatif dengan rata-rata jumlah anak yang pernah dilahirkan, yaitu 3,7 anak pada wanita umur 40-49 dengan pendidikan SD dan 2,3 anak pada wanita yang berpendidikan perguruan tinggi. Demikian pula status kekayaan wanita berbanding terbalik denganTFR. Terjadi penurunan TFRdari 3,2 anak untuk wanita pada kuintil kekayaan terendah menjadi 2,2 anak untuk wanita pada kuintil kekayaan tertinggi.

Tabel 5.2 Angka fertilitas menurut karakteristik latar belakang

Angka fertilitas total (TFR) untuk periode tiga tahun sebelum survei, persentase wanita hamil umur 15-49 tahun, dan rata-rata jumlah anak lahir hidup (ALH) terhadap wanita umur 40-49 tahun, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Angka kelahiran total	Persentase wanita hamil untuk 15-19 tahun	Rata-rata ALH terhadap wanita 40-49 tahun
Daerah tempat tinggal			
Perkotaan	2,4	4,1	3,0
Perdesaan	2,8	4,4	3,4
Pendidikan			
Tidak sekolah	2,8	1,3	3,7
Tidak tamat SD	3,0	2,9	3,7
Tamat SD	2,9	3,9	3,3
Tidak tamat SMTA	2,6	4,0	3,2
Tamat SMTA	2,7	5,6	2,7
Perguruan Tinggi[1]	2,4	5,0	2,3
Kuintil kekayaan			
Terbawah	3,2	5,2	3,9
Menengah bawah	2,7	4,0	3,3
Menengah	2,5	4,6	3,3
Menengah atas	2,4	4,1	3,0
Teratas	2,2	3,6	2,7
Jumlah	2,6	4,3	3,2

Catatan: Angka fertilitas total (TFR) untuk periode 1-36 bulan sebelum wawancara,
[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Perbandingan antara TFR dengan rata-rata jumlah anak yang dilahirkan pada wanita umur 40-49 mengindikasikan besaran dan tren perubahan TFR di Indonesia pada beberapa dekade terakhir. Secara umum, perbandingan tersebut menunjukkanbahwa fertilitas hanya turun sedikit; wanita umur 40-49 rata-rata mempunyai 3,2 anak sepanjang hidupnya, 0,6 anak lebih banyak dibandingkan TFR saat ini. Fertilitas kumulatif lebih tinggi dari TFR baik di perkotaan maupun di perdesaan, dan untuk seluruh kuintil kekayaan. Fertilitas kumulatif juga lebih tinggi dari TFR pada hampir seluruh kategori pendidikan, kecuali untuk pendidikan SMTA ke atas di mana rata-rata jumlah anak yang dilahirkan wanita umur 40-49 sama atau lebih rendah dari TFR. Pola ini menunjukkan tingkat fertilitas pada wanita berpendidikan tinggi tetap stabil untuk beberapa lama.

Tabel 5.2 juga menyajikan informasi tentang responden yang sedang hamil pada saat survei. Secara umum, persen responden menyatakan mereka sedang hamil pada saat survei. Proporsi di daerah perkotaan dan perdesaan hampir sama, tetapi tidak ada pola yang jelas untuk kehamilan menurut kuintil kekayaan. Persentase kehamilan cenderung meningkat seiring dengan pendidikan, sebagian disebabkan karena wanita yang berpendidikan tinggi umumnya berumur muda, sehingga mereka masih dalam tahap membentuk keluarga.

Tabel Lampiran A-5.1 dan Gambar 5.2 menyajikan angka fertilitas di provinsi.

5.3 Tren Fertilitas

5.3.1 Tren Fertilitas Berdasarkan Riwayat Kelahiran

Tabel 5.3 menggunakan riwayat kelahiran responden untuk mengetahui tren fertilitas menurut kelompok umur periode lima tahun sebelum survei. Untuk menghitung angka kelahiran, kelahiran dikelompokkan menurut periode waktu kelahiran dan umur ibu saat melahirkan. Karena riwayat kelahiran wanita umur di atas 50 tahun tidak dikumpulkan, angka untuk kelompok umur yang lebih tua akan semakin terpotong (*truncated*) untuk periode waktu yang semakin jauh dari waktu survei. Sebagai contoh, angka untuk wanita umur 45-49 tahun periode 5-9 tahun sebelum survei tidak dapat dihitung karena wanita pada kelompok umur ini telah berumur 50 tahun atau lebih pada saat survei (tidak memenuhi kriteria sebagai responden).

Tabel 5.3 Angka fertilitas menurut umur

Angka fertilitas untuk periode lima tahun sebelum survei, menurut umur ibu pada saat melahirkan, Indonesia 2012

	Jumlah tahun sebelum survei			
Umur ibu	0-4	5-9	10-14	15-19
15-19	47	51	58	65
20-24	134	130	139	152
25-29	137	139	143	152
30-34	104	114	110	[119]
35-39	62	67	[82]	-
40-44	20	[28]	-	-
45-49	[4]	-	-	-

Catatan: Angka fertilitas menurut umur ibu per 1.000 wanita, Angka dalam kurung tidak lengkap karena umurnya terpotong, Tidak termasuk bulan wawancara,

Tabel 5.3 menunjukkan secara umum ASFR untuk seluruh kelompok umur hanya turun sedikit dalam periode 20 tahun. Perubahan ASFR sebagian besar terjadai pada periode 10-14 tahun dan 15-19 tahun sebelum survei. Sebagai contoh, fertilitas kumulatif pada wanita umur 15-29 tahun tetap sebesar 1,6 anak per wanita dalam periode 0-4 dan 5-9 tahun sebelum survei, setelah turun dari 1,8 anak pada periode 15-19 tahun sebelum survei.

5.3.2 Tren Fertilitas Berdasarkan Perbandingan dengan Hasil SDKI Terdahulu

Cara lain untuk mendapatkan gambaran tren fertilitas adalah dengan membandingkan TFR saat ini dengan TFR hasil SDKI sebelumnya. Tabel 5.4 dan Gambar 5.2 menunjukkan TFR dalam enam survei SDKI selama lebih dari 20 tahun periode tahun 1991 dan 2012. Hasil suvei memperlihatkan telah terjadi penurunan fertilitas dalam dua dekade terakhir di Indonesia, terutama perubahan pada SDKI 1991 dan SDKI 2002-2003. Pada gambar tersebut terlihat TFR tetap sebesar 2,6 anak per wanita sejak SDKI 2002-2003.

Tabel 5.4 Tren angka fertilitas

ASFR dan TFR wanita umur 15-49 untuk periode tiga tahun sebelum survei, SDKI, Indonesia 1991-2012

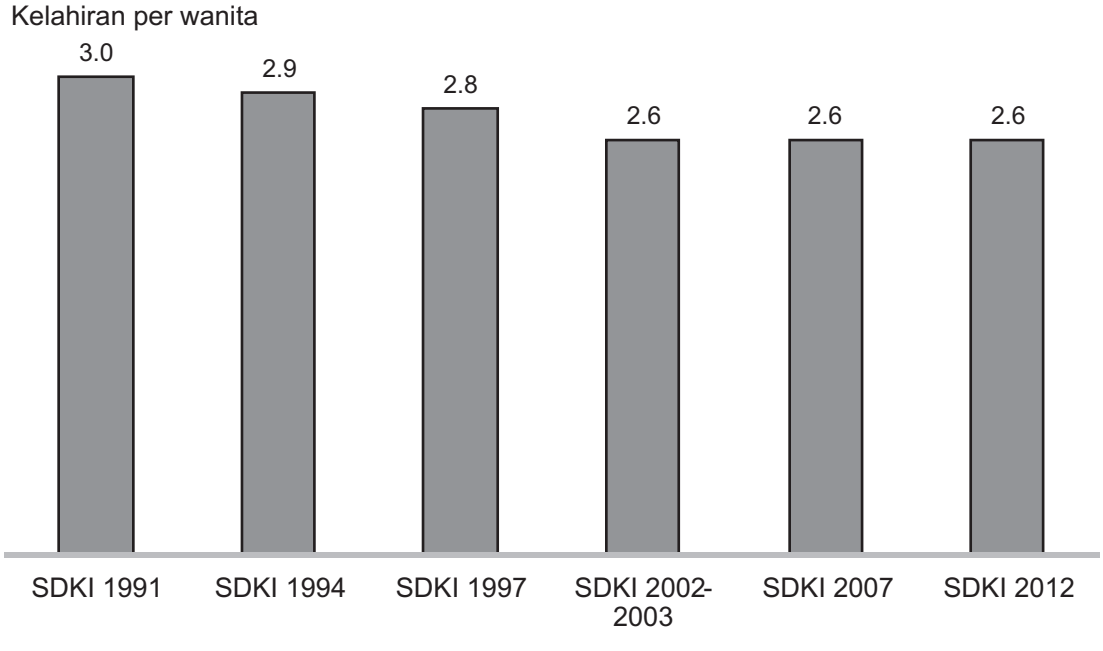
Umur saat melahirkan	SDKI 1991	SDKI 1994	SDKI 1997	SDKI 2002-2003[1]	SDKI 2007	SDKI 2012
15-19	67	61	62	51	51	48
20-24	162	147	143	131	135	138
25-29	157	150	149	143	134	143
30-34	117	109	108	99	108	103
35-39	73	68	66	66	65	62
40-44	23	31	24	19	19	21
45-49	7	4	6	4	6	4
TFR 15-49	3,0	2,9	2,8	2,6	2,6	2,6

Catatan: TFR untuk periode 1-36 bulan sebelum wawancara. ASFR adalah per 1.000 wanita.

[1]SDKI 2002-2003 tidak mencakup Provinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Maluku, Maluku Utara, danPapua. SDKI 1991, 1994, dan 1997 mencakup Provinsi Timor Timur.

Sumber: CBS et al., 1992; CBS et al., 1994; CBS et al., 1998; CBSet al., 2003; CBS et al.,2008

Gambar 5.2 Tren Angka Kelahiran Total, SDKI 1991-2012



Tren fertilitas untuk kelompok umur yang berbeda dapat dilihat pada Tabel 5.4. Pola ASFR mengalami perubahan dari waktu ke waktu. Puncak umur melahirkan bergeser dari kelompok umur 20-24 tahun ke kelompok umur 25-29 tahun. Tabel 5.4 juga menunjukkan bahwa perubahan tingkat fertilitas terbesar terdapat pada kelompok umur 20-24 tahun, yaitu dari 162 anak per 1.000 pada SDKI 1991 menjadi 138 anak per 1.000 pada SDKI 2012.

5.4 Anak Lahir Hidup dan Anak Masih Hidup

Tabel 5.5 menampilkan distribusi wanita usia subur dan wanita kawin umur 15-49 tahun menurut jumlah anak lahir hidup (ALH). Tabel ini juga menyajikan rata-rata jumlah anak lahir hidup dan rata-rata jumlah anak masih hidup untuk setiap kelompok umur lima-tahunan. Distribusi anak lahir hidup merupakan indikasi dari tingkat fertilitas semasa hidup. Ini mencerminkan jumlah kelahiran selama 30 tahun silam dari wanita yang diwawancara dalam SDKI. Ada kemungkinan data dipengaruhi oleh kesalahan daya ingat, umumnya lebih besar terjadi wanita tua dibandingkan dengan wanita muda.

Tabel 5.5 Anak lahir hidup dan anak masih hidup

Distribusi persentase semua wanita dan wanita berstatus kawin umur 15-49 tahun menurut jumlah anak lahir hidup (ALH) rata-rata anak lahir hidup menurut kelompok umur, Indonesia 2012

Umur	Jumlah anak lahir hidup											Jumlah	Jumlah wanita	Rata-rata anak lahir hidup	Rata-rata anak masih hidup
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10+				
Semua wanita															
15-19	93,0	6,6	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	6.927	0,07	0,07
20-24	50,8	40,9	7,2	0,9	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	6.305	0,59	0,56
25-29	20,0	42,0	28,8	7,1	1,6	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	6.959	1,30	1,24
30-34	9,2	24,2	42,3	16,1	5,6	1,9	0,4	0,1	0,1	0,1	0,0	100,0	6.876	1,94	1,84
35-39	6,9	12,4	35,6	26,0	11,2	4,5	1,8	0,9	0,4	0,1	0,1	100,0	6.882	2,51	2,38
40-44	5,0	9,2	29,4	25,5	15,5	7,4	3,9	1,9	1,3	0,4	0,5	100,0	6.252	3,00	2,76
45-49	4,7	7,2	22,0	26,3	16,6	9,0	5,8	3,9	2,0	1,3	1,2	100,0	5.407	3,44	3,08
Jumlah	27,9	20,7	23,8	14,2	6,9	3,1	1,6	0,9	0,5	0,2	0,2	100,0	45.607	1,78	1,66
Wanita berstatus kawin															
15-19	48,2	49,4	1,8	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	890	0,55	0,53
20-24	20,3	66,1	11,9	1,4	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	3.754	0,95	0,92
25-29	10,2	46,8	32,6	8,1	1,8	0,4	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	6.000	1,46	1,40
30-34	4,6	24,5	45,0	17,1	5,9	2,1	0,4	0,1	0,1	0,1	0,0	100,0	6.285	2,05	1,95
35-39	3,6	12,4	37,1	27,1	11,6	4,7	1,8	1,0	0,4	0,1	0,1	100,0	6.331	2,62	2,47
40-44	2,7	8,2	30,5	26,5	16,1	7,7	4,1	2,1	1,4	0,4	0,5	100,0	5.572	3,10	2,85
45-49	2,4	6,7	22,5	27,2	17,3	9,1	5,9	4,2	2,1	1,2	1,3	100,0	4.633	3,55	3,18
Jumlah	7,7	26,4	30,9	18,1	8,7	3,9	2,0	1,1	0,6	0,3	0,3	100,0	33.465	2,27	2,12

Tabel 5.5 memperlihatkan wanita secara rata-rata melahirkan 1,78 anak. Dari jumlah tersebut, 1,66 anak masih hdup, berarti sekitar 7 persen dari anak yang dilahirkan oleh responden telah meninggal.

Jumlah anak yang dilahirkan meningkat seiring pertambahan umur, merefleksikan proses pembentukan keluarga. Secara rata-rata, wanita berumur sekitar 20 tahun melahirkan kurang dari 1 anak, wanita umur sekitar 30 tahun memiliki sekitar 2 anak, dan wanita menjelang umur 50 tahun memiliki lebih dari 3 anak. Demikian pula jumlah anak yang meninggal meningkat seiring dengan pertambahan umur wanita. Dari rata-rata jumlah anak 3,4 pada wanita umur 45-49, sekitar 10 persen telah meninggal.

Rata-rata jumlah anak yang dilahirkan lebih tinggi pada wanita kawin (2,27 anak), dibandingkan dengan seluruh wanita usia subur (1,78 anak). Perbedaan ini disebabkan oleh besarnya jumlah wanita belum kawin dengan fertilitas yang sangat rendah (dapat diabaikan) pada kelompok seluruh wanita usia subur, terutama pada umur muda. Dua persen wanita umur 45-49 belum pernah melahirkan. Distribusi kelahiran pada umur yang lebih tua memberikan indikasi tingkat infertilitas, karena wanita kawin yang sengaja tidak ingin anak tidak umum di Indonesia.

5.5 JARAK ANTAR KELAHIRAN

Penelitian menunjukkan bahwa jarak antar kelahiran kurang dari 36 bulan berkaitan dengan meningkatnya risiko kesakitan dan kematian pada anak, risiko ini akan lebih tinggi pada jarak kurang dari

24 bulan (Rutstein, 2005). Jarak antarkelahiran yang lebih panjang bukan hanya menguntungkan bagi anak, tetapi juga akan meningkatkan status kesehatan ibu. Jarak antarkelahiran di atas 2 tahun akan memberi kesempatan kepada ibu untuk pulih secara fisik dan emosi sebelum mengalami kehamilan lagi. Tabel 5.6 menyajikan distribusi urutan kelahiran kedua dan seterusnya selama lima tahun sebelum survei menurut jumlah bulan sejak kelahiran sebelumnya dan karakteristik latar belakang. Tabel ini juga menyajikan median jumlah bulan sejak kelahiran terakhir.

Jarak antar kelahiran selama lima tahun sebelum survei relatif panjang, 75 persen kelahiran kedua atau lebih terjadi paling sedikit 36 bulan sejak kelahiran terakhir. Walaupun jarak antar kelahiran umumnya cukup panjang, sekitar 10 persen kelahiran terjadi dalam jangka waktu 24 bulan sejak kelahiran sebelumnya.

Secara umum, median jarak antar kelahiran adalah 60,2 bulan, naik cukup tajam dibandingkan SDKI 2007 yang besarnya 54,6 bulan. Median jarak antar kelahiran meningkat seiring umur, dari 18.9 bulan pada wanita umur 15-19 menjadi 75,4 bulan pada wanita umur 40-49.

Tabel 5.6 Jarak antar Kelahiran

Distribusi persentase kelahiran (tidak termasuk kelahiran pertama) selama periode lima tahun sebelum survei menurut jumlah bulan sejak kelahiran sebelumnya dan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Jumlah bulan sejak kelahiran sebelumnya						Jumlah	Jumlah kelahiran tidak termasuk kelahiran pertama	Median jumlah bulan sejak kelahiran sebelumnya
	7-17	18-23	24-35	36-47	48-59	60+			
Umur									
15-19	34,5	31,0	13,0	19,3	2,3	0,0	100,0	(27)	18,9
20-29	8,0	8,5	19,2	16,5	14,9	32,9	100,0	3.073	46,2
30-39	2,9	5,2	12,0	11,9	11,3	56,6	100,0	5.874	67,0
40-49	2,1	3,9	12,5	11,3	7,4	62,8	100,0	1.382	a
Jenis kelamin sebelum kelahiran sebelumnya									
Pria	4,4	5,7	14,1	13,6	12,5	49,7	100,0	5.346	59,8
Wanita	4,4	6,4	14,2	12,9	11,2	50,9	100,0	5.010	60,6
Kelangsungan hidup kelahiran sebelumnya									
Masih hidup	3,4	5,7	13,7	13,3	12,1	51,9	100,0	9.785	61,5
Meninggal	21,2	13,2	21,8	12,6	8,4	22,8	100,0	570	31,4
Urutan kelahiran									
2-3	4,1	5,2	12,5	12,3	12,0	54,0	100,0	7.854	63,6
4-6	4,8	8,0	17,8	15,0	11,8	42,6	100,0	2.124	52,1
7+	8,0	13,4	29,1	22,6	10,0	16,9	100,0	377	35,8
Daerah tempat tinggal									
Perkotaan	3,8	5,9	13,8	13,8	12,6	50,2	100,0	5.061	60,1
Perdesaan	5,0	6,3	14,6	12,7	11,2	50,4	100,0	5.294	60,3
Pendidikan									
Tidak sekolah	8,6	12,3	19,5	12,7	8,6	38,5	100,0	292	44,6
Tidak tamat SD	3,7	6,2	13,7	12,8	11,9	51,8	100,0	1.137	61,5
Tamat SD	3,1	4,5	11,5	11,0	9,5	60,4	100,0	2.812	Na
Tidak tamat SMTA	4,4	5,3	13,8	12,2	11,9	52,3	100,0	2.511	61,8
Tamat SMTA	4,8	6,5	14,0	16,4	14,1	44,2	100,0	2.530	55,2
Perguruan Tinggi[1]	6,2	9,0	21,6	14,8	13,6	34,8	100,0	1.073	46,7
Kuintil kekayaan									
Terbawah	5,9	9,0	19,8	15,6	11,7	37,9	100,0	2.535	47,5
Menengah bawah	4,7	5,3	12,1	14,1	11,8	52,0	100,0	1.914	61,3
Menengah	4,1	4,5	11,9	12,3	10,6	56,5	100,0	1.967	66,1
Menengah atas	3,4	4,2	11,4	11,3	12,4	57,4	100,0	1.976	68,4
Teratas	3,3	6,5	14,0	12,2	12,8	51,1	100,0	1.963	60,8
Jumlah	4,4	6,1	14,2	13,2	11,9	50,3	100,0	10.355	60,2

Catatan: Tidak termasuk kelahiran pertama, Jarak antar kelahiran merupakan jumlah bulan sejak kehamilan sebelumnya yang berakhir dengan lahir hidup.
Angka dalam kurung adalah kasus yang tidak tertimbang 25-49,
a = Diabaikan karena kurang dari 50 persen wanita melahirkan umur 40-49 dalam lima tahun sebelum survei,
[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Studi tentang jarak antar kelahiran menggunakan dua ukuran, yaitu median jarak antar kelahiran dan proporsi kelahiran kedua atau lebih yang terjadi dengan jarak waktu kurang atau lebih dari 24 bulan sejak kelahiran sebelumnya. Tabel 5.6 menunjukkan distribusi urutan kelahiran kedua dan seterusnya

selama lima tahun sebelum survei menurut jumlah bulan sejak kelahiran sebelumnya dan karakteristik latar belakang. Sekitar 4 persen kelahiran terjadi dengan jarak 18 bulan dan 6 persen kurang dari dua tahun. Empat belas persen kelahiran terjadi dengan jarak 24-35 bulan setelah kelahiran sebelumnya, dan 75 persen terjadi dengan jarakpaling sedikit 3 tahun.

Median jarak antar kelahiran naik seiring dengan umur, dari 18,9 bulan untuk wanita umur 15-19 tahun menjadi 67 bulan untuk wanita umur 30-39 tahun. Tidak ada pola yang jelas dalam jarak antar kelahiran menurut jenis kelamin kelahiran sebelumnya atau menurut daerah perkotaan/perdesaan. Median jarak antar kelahiran pada wanita yang tamat SMTA dan perguruan tinggi lebih rendah dibandingkan wanita yang tidak tamat SD dan tidak tamat SMTA. Hal ini kemungkinan disebabkan kelompok wanita yang berpendidikan lebih tinggi sebagian besar adalah wanita usia muda.

Hasil studi menunjukkan kematian anak yang dilahirkan sebelumnya berakibat pada pendeknya jarak antar kelahiran dibandingkan bila anak yang dilahirkan masih hidup. Data SDKI 2012 menunjukkan median jarak antar kelahiran adalah dua tahun lebih panjang bila kelahiran sebelumnya masih hidup dibandingkan bila anak sebelumnya meninggal (masing-masing 61,5 dan 31,4 bulan).

Tabel Lampiran A-5.3 menunjukkan variasi median jarak antar kelahiran menurut provinsi.

5.6 AMENORE POSTPARTUM, ABSTINENSI, DAN MASA TIDAK SUBUR SETELAH MELAHIRKAN

Pada wanita yang tidak menggunakan kontrasepsi, kemungkinan untuk menjadi hamil setelah melahirkan ditentukan oleh dua faktor, yaitu menyusui dan tidak melakukan hubungan seksual. Menyusui setelah melahirkan dapat melindungi wanita dari kehamilan melalui periode lamanya amenore, yaitu interval antara kelahiran seorang anak dan kembalinya haid atau menstruasi. Pada periode ini risiko kehamilan akan berkurang, namun tergantung pada intensitas dan lamanya menyusui. Penundaan melakukan hubungan seksual setelah melahirkan juga memperpanjang periode amenore. Seorang wanita disebut tidak subur jika dia tidak terkena risiko kehamilan, baik karena periode amenore postpartum atau karena dia tidak melakukan hubungan seksual setelah melahirkan.

Tabel 5.7 dan Gambar 5.3 menunjukkan persentase kelahiran tiga tahun sebelum survei yang ibunya belum mulai haid, belum melakukan hubungan seksual, dan tidak subur setelah melahirkan dirinci menurut jumlah bulan sejak kelahiran tersebut. Angka yang disajikan pada Tabel 5.7 dihitung berdasarkan status saat survei. Setiap wanita ditentukan statusnya, apakah belum haid atau melakukan hubungan seksual setelah melahirkan pada waktu survei. Tabel tersebut mencakup semua anak yang lahir selama tiga tahun sebelum survei. Untuk mengurangi fluktuasi, kelahiran dikelompokkan dalam interval dua bulan.

Tabel 5.7 Amenore postpartum, abstinensi, dan tidak subur setelah melahirkan

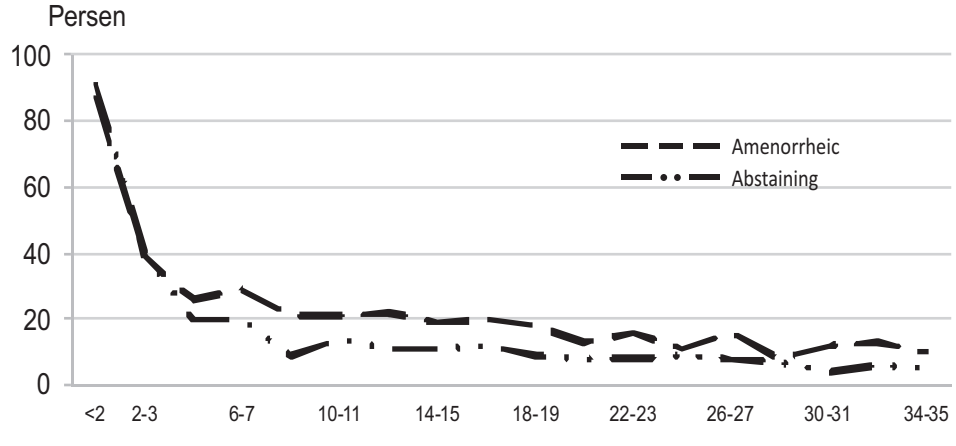
Persentase kelahiran pada wanita dalam tiga tahun sebelum survei yang amenore postpartum, abstinensi, dan masa tidak subur setelah melahirkan, menurut jumlah bulan sejak kelahiran, median dan rata-rata, Indonesia 2012

	Persentase kelahiran pada wanita:			
Bulan sejak kelahiran	Belum haid	Tidak kumpul	Masa tidak subur[1]	Jumlah kelahiran
< 2	87,3	90,5	96,5	465
2-3	39,1	40,1	55,6	569
4-5	26,3	19,5	36,9	600
6-7	29,1	19,5	40,3	636
8-9	21,4	9,4	27,4	607
10-11	21,4	14,0	30,9	646
12-13	22,0	11,3	28,2	621
14-15	19,1	10,9	24,5	555
16-17	19,7	11,9	26,9	546
18-19	18,0	9,1	25,0	554
20-21	12,9	7,6	18,3	583
22-23	15,9	8,4	21,3	543
24-25	10,9	8,7	17,7	607
26-27	15,9	7,6	19,3	547
28-29	7,8	7,2	14,5	569
30-31	12,4	4,0	14,8	535
32-33	13,0	6,2	16,3	588
34-35	9,7	4,7	13,8	495
Total	21,8	15,5	28,9	10.265
Median	2,4	2,4	3,8	-
Mean	8,4	6,1	10,8	-

Catatan: Estimasi berdasarkan status saat survei,
na = Tidak berlaku
[1] Termasuk kelahiran yang ibunya masih belum haid atau masih belum kumpul (atau keduanya) setelah melahirkan,

Tabel 5.7 menunjukkan bahwa hampir semua wanita (97 persen) tidak subur dalam dua bulan pertama setelah melahirkan, karena mereka belum haid atau belum melakukan hubungan seksual. Secara umum, proporsi perempuan yang amenore dan belum melakukan hubungan seksual menurun dengan bertambahnya bulan setelah melahirkan. Proporsi wanita amenore turun dari 87 persen dalam dua bulan pertama setelah melahirkan menjadi kurang dari 8 persen pada 28-29 bulan. Secara umum (91 persen) wanita di Indonesia tidak melakukan hubungan seksual selama dua bulan pertama setelah kelahiran. Proporsi tidak melakukan hubungan seksual setelah melahirkan mencapai 40 persen pada 2-3 bulan dan kemudian turun menjadi 20 persen pada 4-5 bulan setelah melahirkan. Periode amenore postpartum lebih panjang dari periode postpartum abstinence (tidak berhubungan seksual); dan merupakan faktor determinan masa tidak subur selama kehamilan.

Gambar 5.3 Persentase Kelahiran dalam Tiga Tahun Terakhir yang ibunya Belum Haid atau Belum Melakukan Hubungan Seksual SDKI 2012



Tabel 5.8 menunjukkan median wanita Indonesia yang belum haid setelah melahirkan adalah 2,4 bulan, tidak melakukan hubungan seksual 2,4 bulan, dan masa tidak subur 3,8 bulan. Secara umum, proporsi perempuan yang belum haid atau melakukan hubungan seksual menurun dengan bertambahnya bulan setelah melahirkan.

Tabel 5.8 Median lamanya amenore pospartum, abstinensi, dan masa tidak subur setelah melahirkan

Median jumlah bulan amenore postpartum, abstinensi, dan masa tidak subur setelah melahirkan dalam tiga tahun sebelum survei menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Belum haid	Tidak kumpul	Masa tidak subur[1]
Umur ibu			
15-29	2,3	2,4	3,6
30-49	2,6	2,3	4,2
Daerah tempat tinggal			
Perkotaan	2,3	2,3	3,3
Perdesaan	2,7	2,4	4,3
Pendidikan			
Tidak sekolah	2,4	3,4	5,9
Tidak tamat SD	3,1	2,9	4,2
Tamat SD	2,3	2,3	4,1
Tidak tamat SMTA	2,4	2,4	3,3
Tamat SMTA	2,3	2,3	3,7
Perguruan Tinggi[2]	3,3	2,3	4,3
Kuintil kekayaan			
Terbawah	3,4	2,5	4,9
Menengah bawah	2,5	2,7	3,9
Menengah	2,1	2,2	3,5
Menengah atas	2,2	2,4	3,0
Teratas	2,4	2,2	3,7
Jumlah	2,4	2,4	3,8

Catatan: Median berdasarkan status sekarang

[1] Termasuk kelahiran yang ibunya masih belum haid atau masih belum melakukan hubungan seksual (atau keduanya) setelah melahirkan

[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 5.8 juga menunjukkan median lamanya wanita belum haid, tidak melakukan hubungan seksual, dan masa tidak subur menurut karakteristik latar belakang. Wanita di bawah umur 30 tahun mempunyai masa tidak subur lebih singkat dibandingkan dengan wanita umur 30 tahun ke atas (masing-masing 3,6 dan 4,2 bulan). Berdasarkan tempat tinggal perkotaan dan perdesaan, masa tidak subur wanita adalah masing-masing 3,3 bulan dan 4,3 bulan.

Bila dilihat menurut pendidikan, makin rendah tingkat pendidikan wanita, makin lama masa tidak subur setelah melahirkan dibandingkan dengan wanita yang berpendidikan lebih tinggi; median lamanya tidak subur untuk wanita yang tidak sekolah adalah 5,9 bulan, sedangkan untuk wanita yang berpendidikan tamat SMTA atau lebih tinggi adalah 4,3 bulan.Wanita dengan padakuintil kekayaan terbawah lama masa tidak subur setelah melahirkan lebih lama (4,9 bulan) dibandingkan dengan wanita padakuintil kekayaan teratas (3,7 bulan).

Lampiran Tabel A-5.4 menunjukkan perbedaan bulan belum haid, tidak melakukan hubungan seksual, dan masa tidak subur setelah melahirkan tiga tahun sebelum survei menurut provinsi.

5.7 Menopause

Faktor lain yang mempengaruhi kemungkinan seorang wanita menjadi hamil adalah menopause. Menopause dalam survei ini diartikan sebagai proporsi wanita umur 30 tahun atau lebih yang tidak dalam masa nifas, tidak sedang hamil, dan tidak mendapat haid selama enam bulan atau lebih sebelum survei, atau yang menyatakan bahwa mereka sudah berhenti haid. Tabel 5.9 menunjukkan proporsi wanita 30-49 tahun yang menopause meningkat seiring dengan meningkatnya umur. Seperti yang diduga persentase menopause meningkat dari 11 persen pada wanita umur 30-34 tahun, menjadi 23 persen pada wanita umur 44-45; dan menjadi 44 persen pada wanita umur 48-49 tahun.

Tabel 5.9 Menopause

Persentase wanita umur 30-49 tahun yang menopause, menurut umur, Indonesia 2012

Umur	Persentase menopause[1]	Jumlah wanita
30-34	11,4	6.876
35-39	13,6	6.882
40-41	14,8	2.580
42-43	17,8	2.610
44-45	22,6	2.190
46-47	32,6	2.187
48-49	44,0	2.092
Jumlah	18,5	25.417

[1] Persentase semua wanita yang tidak hamil dan belum mulai haid setelah melahirkan, yang masa haidnya terjadi enam bulan atau lebih sebelum survei.

5.8 UMUR PADA KELAHIRAN ANAK PERTAMA

Salah satu faktor yang mempengaruhi tingkat fertilitas adalah rata-rata umur pada kelahiran anak pertama. Wanita yang menikah pada umur muda lebih lama menghadapi risiko kehamilan. Oleh karena itu, pada umumnya ibu yang melahirkan pada umur muda mempunyai anak lebih banyak dan mempunyai risiko kesehatan yang tinggi. Kenaikan median umur pada kelahiran pertama merupakan tanda terjadinya transisi menuju fertilitas yang lebih rendah.

Tabel 5.10 menyajikan persentase wanita yang telah melahirkan pada umur tertentu dan median umur saat pertama kali melahirkan menurut umur. Data SDKI 2012 menunjukkan wanita cenderung mempunyai anak pada umur yang lebih tua. Sebagai contoh, Tujuh persen wanita umur 45-49 melahirkan anak pertama pada umur 15 tahun dibandingkan dengan kurang dari satu persen wanita umur 15-19 tahun. Proporsi wanita yang melahirkan anak pertama pada umur 20 tahun turun dari 45 persen pada umur 45-49 menjadi 22 persen pada wanita umur 20-24 tahun. Secara umum tabel 5.10 bahwa, median umur melahirkan anak pertama naik dari 20,6 tahun untuk wanita umur 45-49 tahun menjadi 22,8 tahun untuk wanita umur 25-29 tahun. Meningkatnya umur melahirkan anak pertama juga dapat dilihat dari turunnya proporsi wanita yang melahirkan pada umur 15 tahun.

Tabel 5.10 Umur melahirkan pertama

Persentase wanita 15 -49 tahun yang melahirkan pertama kali pada umur tertentu menurut umur, persentase wanita yang tidak pernah melahirkan, dan median umur persalinan pertama, Indonesia 2012

	Persen kumulatif wanita melahirkan pertama pada umur tertentu					Persentase wanita yang tidak pernah melahirkan	Jumlah wanita	Median umur persalinan pertama
Umur	15	18	20	22	25			
15-19	0,3	na	na	na	na	93,0	6.927	a
20-24	0,6	6,5	22,2	na	na	50,8	6.305	a
25-29	1,1	9,8	25,1	43,9	66,9	20,0	6.959	22,8
30-34	2,2	12,6	28,2	47,1	67,6	9,2	6.876	22,3
35-39	2,4	14,0	29,9	47,6	69,1	6,9	6.882	22,3
40-44	5,5	19,5	36,2	52,9	72,0	5,0	6.252	21,6
45-49	7,1	26,2	44,7	61,1	77,9	4,7	5.407	20,6
20-49	3,0	14,4	30,6	na	na	16,2	38.680	a
25-49	3,5	15,9	32,2	50,0	70,4	9,5	32.375	22,0

na = tidak berlaku

a = Diabaikan karena kurang 50 pesrsen wanita melahirkan sebelum mencapai umur awaldari kelompok umur tersebut,

Tabel 5.11 menyajikan perbedaan median umur saat melahirkan pertama pada wanita umur 25-49 tahun menurut umur, daerah tempat tinggal, pendidikan, dan kuintil kekayaan. Hasil SDKI 2012 menunjukkan median umur melahirkan pertama adalah 22 tahun, sedikit lebih tinggi dibandingkan hasil SDKI 2007, SDKI 2002-2003 dan SDKI 1997 (masing-masing 21.5 tahun, 21.0 tahun, dan 20.8 tahun). Wanita yang tinggal di perkotaan melahirkan anak pertama dua tahun lebih tua dibandingkan dengan wanita di perdesaan (23 tahun berbanding 21 tahun).

Tabel 5.11 Median umur persalinan pertama

Median umur persalinan pertama wanita umur 25-49 tahun, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Wanita umur 25-49
Daerah Tempat tinggal	
Perkotaan	23,0
Perdesaan	21,0
Pendidikan	
Tidak sekolah	19,4
Tidak tamat SD	19,3
Tamat SD	20,3
Tidak tamat SMTA	21,3
Tamat SMTA	24,2
Kuintil kekayaan	
Terbawah	21,0
Menengah bawah	21,2
Menengah	21,4
Menengah atas	22,2
Teratas	24,1
Jumlah	22,0

Median umur melahirkan anak pertama meningkat seiring dengan tingkat pendidikan dan status kekayaan. Ada hubungan yang positif antara tingkat pendidikan dan median melahirkan anak pertama; wanita dengan pendidikan yang lebih tinggi melahirkan anak pertamanya lebih lambat dibandingkan wanita yang berpendidikan rendah. Median umur melahirkan anak pertama naik dari 19 tahun untuk wanita yang tidak sekolah menjadi 24 tahun untuk wanita dengan pendidikan tamat SMTA. Wanita pada kuintil kekayaan teratas cenderung menikah lebih lambat dibandingkan dengan wanita pada kuintil kekayaan terbawah. Median melahirkan anak pertama wanita pada kuintil teratas adalah 24 tahun dan untuk wanita padakuintil terbawah adalah 21 tahun.

Tabel Lampiran A-5.5 menunjukkan median umur melahirkan anak pertama wanita umur 25-49 tahun menurut provinsi.

5.9 FERTILITAS PADA UMUR REMAJA

Fertilitas remaja merupakan isu penting dari segi kesehatan dan sosial karena berhubungan dengan tingkat kesakitan serta kematian ibu dan anak. Ibu yang berumur remaja, terutama di bawah umur 18 tahun, lebih berpeluang untuk mengalami masalah pada bayinya atau bahkan mengalami kematian yang berkaitan dengan persalinan dibandingkan dengan wanita yang lebih tua. Selain itu, melahirkan pada umur muda mengurangi kesempatan mereka untuk melanjutkan pendidikan atau mendapat pekerjaan.

Tabel 5.12 menunjukkan persentase wanita umur 15-19 tahun yang telah menjadi ibu atau sedang hamil anak pertama menurut karakteristik latar belakang. Hasil SKDI 2012 menunjukkan 10 persen remaja sudah menjadi ibu; 7 persen remaja pernah melahirkan,dan 3 persen sedang hamil anak pertama. Dari SDKI 2007, telah terjadi peningkatan remaja subur dari 9 persen menjadi 10 persen (SDKI 2012).

Proporsi remaja yang telah memiliki anak meningkat menurut umur. Walaupun kurang dari satu persen wanita umur 15 tahun telah menjadi ibu, 24 persen wanita umur 19 tahun telah menjadi ibu atau sedang hamil anak pertama. Remaja di perdesaan lebih banyak yang telah menjadi ibu dibandingkan dengan remaja di perkotaan (13 persen berbanding 6 persen).

Tabel 5.12 Fertilitas Remaja

Persentase wanita umur 15-19 tahun yang sudah melahirkan atau hamil anak pertama, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Persentase yang:		Persentase yang sudah pernah melahirkan dan sedang hamil anak pertama	Jumlah wanita
	Sudah pernah melahirkan	Hamil anak pertama		
Umur				
15	0,5	0,7	1,2	1.428
16	2,3	1,8	4,1	1.508
17	5,3	2,0	7,3	1.459
18	10,0	3,1	13,1	1.253
19	18,6	5,5	24,1	1.279
Daerah Tempat tinggal				
Perkotaan	4,5	1,8	6,3	3.698
Perdesaan	9,8	3,3	13,1	3.229
Pendidikan				
Tidak sekolah	15,6	0,0	15,6	48
Tidak tamat SD	23,9	5,6	29,5	183
Tamat SD	22,3	8,0	30,3	524
Tidak tamat SMTA	6,0	2,1	8,2	4.349
Tamat SMTA	3,6	2,0	5,6	1.404
Perguruan Tinggi[1]	0,6	0,3	0,9	419
Kuintil kekayaan				
Terbawah	13,2	3,6	16,7	1.187
Menengah bawah	10,4	3,3	13,7	1.372
Menengah	6,7	3,0	9,8	1.407
Menengah atas	4,2	2,3	6,6	1.415
Teratas	1,9	0,7	2,6	1.546
Jumlah	7,0	2,5	9,5	6.927

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Pendidikan wanita mempunyai hubungan terbalik dengan umur hamil pertama. Wanita dengan pendidikan rendah cenderung mulai hamil pada umur lebih muda; 16 persen remaja yang tidak sekolah telah mulai mempunyai anak dibandingkan dengan satu persen remaja berpendidikan SMTA atau lebih. Menurut status kekayaan, proporsi remaja yang sudah menjadi ibumeningkat dari 17 persen di antara remaja padakuintil kekayaan terbawah menjadi 3 persen di antara remaja padakuintilteratas.

Variasi prevalensi kehamilan pada umur remaja dan yang sudah pernah melahirkan menurut provinsi disajikan pada Tabel Lampiran A-5.6.

KEINGINAN MEMILIKI ANAK 6

Temuan Utama:

- Lima puluh delapan persen wanita kawin umur 15-49 dan 53 persen pria kawin umur 15-54 yang mempunyai 2 anak masih hidup tidak ingin menambah anak lagi. Persentase yang tidak ingin menambah anak meningkat seiring dengan bertambahnya jumlah anak yang masih hidup.
- Responden yang tinggal di perkotaan menginginkan jumlah anak lebih sedikit dibandingkan dengan yang tinggal di perdesaan.
- Rata-rata jumlah anak ideal menurut wanita kawin umur 15-49 adalah 2,7 anak, sedangkan menurut pria kawin umur 15-54 adalah 2,8 anak.
- Angka fertilitas total yang diinginkan adalah 2,0 anak per wanita, 23 persen lebih rendah dibandingkan dengan angka fertilitas yang sesungguhnya (2,6 anak per wanita).

Informasi mengenai keinginan memiliki anak penting bagi Program Keluarga Berencana karena memberikan gambaran kepada perencana program mengenai keinginan memiliki anak di antara wanita dan pria serta banyaknya kehamilan yang tidak diinginkan. Pertama-tama bab ini menjawab pertanyaan-pertanyaan terkait keinginan mempunyai anak diantara wanita dan pria di Indonesia. Apakah responden menginginkan anak lagi. Apabila ingin anak lagi, berapa lama waktu yang direncanakan hingga kelahiran anak berikutnya. Apabila wanita dapat mengulang kembali waktu yang sudah terjadi, berapa jumlah anak yang mereka inginkan. Pertanyaan selanjutnya adalah apakah terjadi kehamilan yang tidak diinginkan. dan berapa besar pengaruh dari pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan terhadap angka fertilitas total. Pada bab ini mengingatkan bagaimana program keluarga berencana untuk memberikan alasan yang mendasar dan penting tentang kebebasan untuk menentukan jumlah anak dan jarak anak yang diinginkan.

Untuk wanita yang pada saat survei sedang hamil dan pria yang istrinya sedang hamil, pertanyaan yang diajukan adalah apakah mereka menginginkan anak lagi setelah anak yang di dalam kandungan. Bila mereka menginginkan anak lagi, selanjutnya ditanyakan jarak waktu dengan anak yang akan dilahirkan. Dalam tabel yang disajikan pada bab ini, responden dikelompokkan menurut jumlah anak yang masih hidup termasuk anak yang masih dalam kandungan. Wanita dan pria yang telah disterilisasi dimasukkan dalam klasifikasi yang tidak menginginkan anak lagi. Secara umum merupakan strategi untuk mengklasifikasi mereka yang telah disterilisasi ingin tambah anak lagi.

Interpretasi data mengenai keinginan memiliki anak senantiasa mengundang kontroversi. Pertanyaan dalam kuesioner dianggap dapat menimbulkan bias pada jawaban responden, karena: a) jawaban hanya berdasarkan perkiraan; dan b) kurang diperhitungkannya tekanan sosial atau sikap dari anggota keluarga lain, terutama suami, yang memiliki pengaruh besar terhadap keputusan reproduksi. Namun, hasil SDKI 2012 menunjukkan dengan tingkat pemakaian kontrasepsi yang sudah tinggi, pasangan suami istri di Indonesia dapat menentukan dan mengatur jumlah anak yang diinginkan. Hasil wawancara kepada suami dan istri juga tidak menunjukkan perbedaan persepsi yang mendasar terkait keputusan reproduksi.

6.1 KEINGINAN MENAMBAH ANAK

Tabel 6.1 memperlihatkan distribusi presentase wanita berstatus kawin 15-49 tahun dan pria berstatus kawin 15-54 tahun menurut keinginan untuk mempunyai anak lagi berdasarkan jumlah anak yang masih hidup. Berdasarkan tabel ini dapat diestimasi kebutuhan kontrasepsi, baik untuk penjarangan atau membatasi jumlah anak. Pengelola program perlu memperhatikan kebutuhan kontrasepsi untuk penjarangan karena menurut berbagai penelitian jarak antar kelahiran yang pendek dapat membahayakan kesehatan ibu dan anak. Temuan untuk mendukung jarak kelahiran adalah: a) jarak kelahiran yang pendek membahayakan kesejahteraan ibu dan anak; b) padangan yang ingin menunda kelahiran anaknya dapat menggunakan kontrasepsi.

Tabel 6.1 Keinginan mempunyai anak menurut jumlah anak masih hidup

Distribusi persentase wanita dan pria berstatus kawin menurut keinginan mempunyai anak dan jumlah anakmasih hidup, Indonesia, 2012.

Keinginan mempunyai anak	Jumlah anak masih hidup[1]							Jumlah
	0	1	2	3	4	5	6+	
WANITA BERTATUS KAWIN								
Ingin anak segera[2]	83,9	22,8	6,8	3,5	2,2	0,8	0,8	14,6
Ingin anak kemudian[3]	4,3	53,0	18,6	7,7	5,0	2,7	1,4	23,4
Ingin anak, belum menentukan	5,7	8,9	5,7	2,8	1,9	1,3	1,5	5,5
Belum memutuskan	0,8	3,6	6,7	4,0	5,1	4,6	5,4	4,8
Tidak ingin anak lagi	2,7	10,6	58,2	73,0	73,3	82,2	80,0	46,8
Disterilisasi[4]	0,1	0,1	2,3	7,2	10,0	5,9	8,1	3,4
Tidak dapat hamil lagi	2,3	0,7	0,8	1,1	1,9	1,5	1,9	1,1
Tidak terjawab	0,2	0,3	0,8	0,6	0,5	0,9	0,8	0,6
Jumlah	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Jumlah wanita	1.989	9.444	11.192	6.173	2.609	1.115	943	33.465
PRIA BERSTATUS KAWIN[5]								
Ingin anak segera[2]	76,8	24,0	8,4	5,2	3,1	2,5	2,8	15,1
Ingin anak kemudian[3]	8,5	54,6	20,1	10,1	6,7	5,4	3,1	24,9
Ingin anak, belum menentukan	7,9	8,4	6,6	5,2	4,8	3,1	2,0	6,5
Belum memutuskan	1,8	3,7	9,8	8,1	5,9	5,3	6,4	6,7
Tidak ingin anak lagi	0,7	8,5	53,4	68,8	75,1	80,1	77,9	44,4
Disterilisasi[4]	0,0	0,0	0,3	1,2	1,3	1,4	3,2	0,6
Tidak dapat hamil lagi	3,8	0,5	0,8	1,1	2,1	1,8	3,4	1,2
Tidak terjawab	0,1	0,1	0,5	0,2	0,3	0,0	0,7	0,3
Jumlah	99,5	99,9	99,7	99,8	99,4	99,6	99,5	99,7
Jumlah pria	525	2.579	3.030	1.766	793	337	276	9.306

na= Tidak sesuai

[1] Termasuk anak yang masih dalam kandungan

[2] Ingin anak lagi dalam 2 tahun

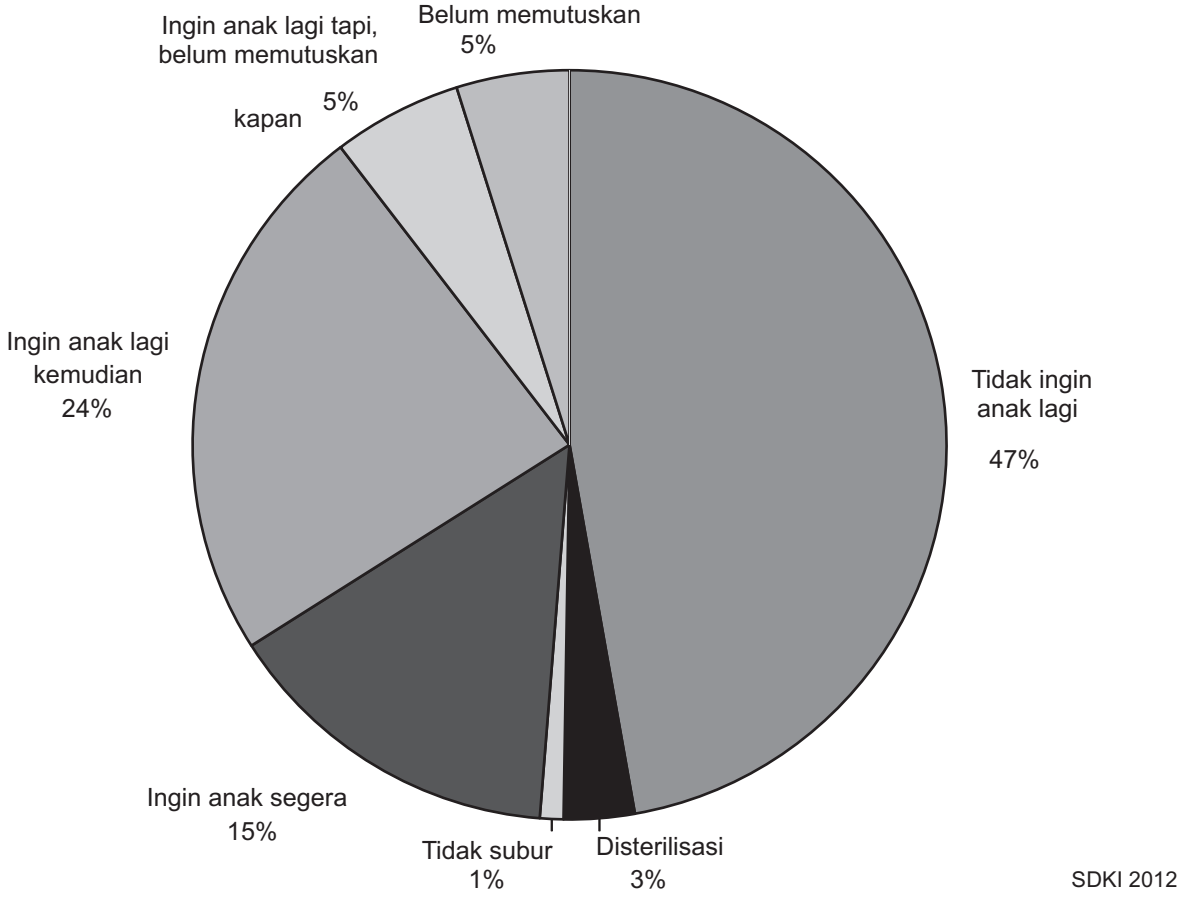
[3] Ingin menunda kelahiran anak berikutnya 2 tahun atau lebih

[4] Termasuk wanita dan pria yang telah disterilisasi

[5] Termasuk anak yang masih dalam kandungan kalau istri responden sedang hamil.

Gambar 6.1 terlihat sebanyak 50 persen dari wanita kawin menyatakan mereka tidak ingin mempunyai anak lagi atau telah disetrilisasi. Sebanyak 23 persen menginginkan anak lagi kemudian, berarti mereka akan melakukan penjarangan kelahiran. Limabelas persen menyatakan ingin menambah anak segera; 6 persen belum memutuskan kapan ingin menambah anak; dan 5 persen belum memutuskan apakah akan menambah anak. Satu persen dari wanita kawin menyatakan mereka tidak subur dan tidak dapat hamil (*infecund*).

Gambar 6.1 Keinginan Memiliki Anak Menurut Anak Lahir Hidup Pada Wanita Kawin Umur 15-49 Tahun



Tabel 6.1 SDKI 2012 juga memberikan informasi bahwa keinginan mempunyai anak dari pria berstatus kawin. Walaupun jawaban dari responden pria tidak dapat secara langsung dibandingkan dengan responden wanita karena perbedaan komposisi umur (15-49 tahun untuk wanita dan 15-54 tahun untuk pria), pada Tabel 6.1 terlihat bahwa sebagian besar pria memiliki sikap yang sama dengan wanita berkaitan dengan keinginan memiliki anak lagi. Pada kelompok pria kawin umur 15-54 tahun, sebanyak 45 persen, termasuk yang telah disterilisasi, menyatakan tidak ingin anak lagi dan 25 persen ingin menambah anak kemudian. Limabelas persen menyatakan ingin menambah anak segera, 7 persen menginginkan anak lagi tapi belum memutuskan kapan, dan 7 persen belum memutuskan ingin menambah anak lagi. Sedangkan 1 persen sisanya adalah pria yang menyatakan tidak dapat memiliki anak lagi (*infecund*).

Tabel 6.1 menunjukkan keinginan memiliki anak lagi pada wanita dan pria bervariasi menurut jumlah anak yang dimiliki (termasuk anak yang masih dalam kandungan). Sesuai dugaan, persentase yang tidak ingin anak lagi meningkat dengan cepat seiring jumlah anak yang dimiliki. Sebagai contoh, di antara wanita kawin umur 15-49, persentase tidak ingin anak lagi (termasuk yang telah disterilisasi) meningkat dari 11 persen pada wanita dengan satu anak menjadi 61 persen pada wanita yang memiliki 2 anak dan mencapai puncak (88 persen) untuk wanita yang memiliki 5 anak atau lebih. Hal yang sama terjadi pada pria kawin umur 15-54. Persentase yang tidak ingin anak lagi meningkat dari 9 persen untuk pria dengan satu anak menjadi 54 persen pada pria yang memiliki 2 anak dan mencapai puncak (82 persen) untuk pria yang memiliki 5 anak. Hanya sedikit di antara wanita dan pria yang belum memiliki anak (masing-masing 4 dan 9 persen) yang ingin menunda memiliki anak pertama; namun lebih dari separuh wanita dan pria dengan 1 anak dan sekitar 20 persen dari mereka yang memiliki 2 anak menyatakan ingin menunda anak berikutnya. Ini mungkin merupakan salah satu keberhasilan Program Keluarga Berencana dalam mensosialisasikan perencanaan keluarga yang baik, yaitu mengatur jarak kelahiran dengan menggunakan alat kontrasepsi.

Berdasarkan Tabel 6.1 di atas, dilakukan telaah lebih lanjut pada kelompok wanita kawin umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun yang menyatakan tidak ingin anak lagi disajikan pada tabel 6.2.1 dan 6.2.2 berikut ini.

Tabel 6.2.1 Keinginan untuk tidak mempunyai anak lagi: Wanita

Persentase wanita berstatus kawin umur 15-49 tahun yang tidak ingin anak lagi, menurut jumlah anak masih hidup dan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Jumlah anak masih hidup[1]							
Karakteristik latar belakang	0	1	2	3	4	5	6+	Jumlah
Daerah tempat tinggal								
Perkotaan	2.2	10.5	63.1	86.2	88.1	92.0	88.0	52.5
Perdesaan	3.2	10.8	57.8	74.2	79.0	85.6	88.2	47.9
Pendidikan								
Tidak sekolah	4.9	36.9	56.7	79.5	73.6	87.5	79.6	63.7
Tidak tamat SD	16.9	27.8	60.6	76.9	79.8	82.6	89.8	64.4
Tamat SD	1.9	13.4	60.0	78.8	82.4	91.3	89.2	53.7
Tidak tamat SMTA	0.3	7.5	60.8	79.4	84.7	89.5	87.8	44.9
Tamat SMTA	1.4	7.3	62.6	84.1	89.4	91.4	91.9	44.9
Perguruan Tinggi[2]	1.1	7.6	58.5	85.5	85.5	92.6	81.7	42.3
Kuintil Kekayaan								
Terbawah	5.4	9.7	43.5	66.4	72.2	83.9	86.4	44.6
Menengah bawah	2.2	11.5	59.6	75.0	85.0	86.3	87.1	48.0
Menengah	3.1	10.2	60.3	82.9	85.7	92.4	90.7	49.7
Menengah atas	1.4	8.9	63.4	85.7	85.7	89.8	92.5	50.0
Teratas	1.9	13.4	69.3	88.4	90.8	94.7	86.1	57.6
Jumlah	2.7	10.7	60.6	80.3	83.2	88.1	88.1	50.1

Catatan: wanita yang telah disterilisasi dikelompokkan sebagai tidak ingin mempunyai anak lagi

[1] Jumlah anak masih hidup termasuk kehamilan saat ini

[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Pada tabel 6.2.1 dan 6.2.2 persentase responden yang tidak ingin anak lagi ditunjukkan untuk tiap paritas berdasarkan variabel latar belakang yang terpilih. Kedua tabel ini memberikan gambaran tentang variasi tiap kelompok dalam kebutuhan pengaturan kelahiran.

Tabel 6.2.2 Keinginan untuk tidak mempunyai anak lagi: pria

Persentase pria berstatus kawin umur 15-54 yang tidak ingin anak lagi menurut jumlah anak masih hidup dan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik Latar Belakang	Jumlah anak masih hidup[1]							Jumlah
	0	1	2	3	4	5	6+	
Tempat Tinggal								
Perkotaan	0,8	9,8	54,9	76,5	81,3	89,2	88,7	47,3
Perdesaan	0,7	7,2	52,2	63,4	71,6	76,0	77,5	42,7
Pendidikan								
Tidak sekolah	7,2	14,7	61,1	70,5	83,5	77,3	69,7	59,0
Tidak tamat SD	0,0	22,4	57,1	68,6	74,5	79,2	82,2	57,9
Tamat SD	1,5	12,2	56,6	67,9	80,8	89,3	78,7	49,2
Tidak tamat SMTA	0,9	7,4	51,0	67,3	67,5	79,4	84,6	39,2
Tamat SMTA	0,0	4,5	56,4	75,3	76,9	80,0	84,8	40,5
Perguruan Tinggi[2]	0,8	4,0	42,1	71,1	77,8	65,2	82,3	38,2
Kuintil Kekayaan								
Terbawah	1,5	8,2	41,2	58,0	64,1	68,7	74,0	39,6
Menengah bawah	0,2	9,4	52,2	67,2	82,2	85,2	79,8	44,5
Menengah	0,9	5,3	57,9	72,1	76,2	81,7	87,5	45,4
Menengah atas	0,0	10,0	57,0	74,4	79,5	86,5	87,2	45,6
Teratas	1,0	10,0	54,5	76,6	81,0	94,2	93,3	49,2
Jumlah	0,7	8,5	53,7	70,0	76,4	81,5	81,1	45,0

Catatan: pria yang telah disterilisasi atau menjawab istrinya telah disterilisasi untuk pertanyaan tentang keinginan memiliki anak dikelompokkan sebagai tidak ingin anak lagi.

[1] Termasuk anak yang masih dalam kandungan kalau istri responden sedang hamil

[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Kedua tabel di atas menunjukkan wanita dan pria di daerah perkotaan menginginkan jumlah anak lebih sedikit, ditunjukkan oleh persentase yang menyatakan tidak ingin anak lagi, secara konsisten lebih tinggi dibandingkan pada wanita dan pria di perdesaan. Persentase wanita dan pria yang menyatakan tidak ingin anak lagi juga meningkat seiring dengan status kekayaan. Kondisi ini mungkin berkaitan dengan pola pikir pasangan dengan status ekonomi yang lebih tinggi, yaitu anak merupakan tanggung jawab bukan sebagai aset untuk membantu ekonomi keluarga (Friedman, 1994; McDonald, 2010).

Tabel 6.2.1 dan 6.2.2 juga memperlihatkan bahwa variabel keinginan membatasi kelahiran ditelaah menurut variabel tingkat pendidikan, hasilnya menunjukkan pola yang berbeda. Semakin tinggi tingkat pendidikan wanita dan pria, semakin berkurang responden yang menyatakan tidak ingin memiliki anak lagi. Kondisi ini dipengaruhi oleh perbedaan komposisi umur pada tiap kategori pendidikan. Responden yang berpindidikan tinggi mayoritas adalah yang berumur muda dan masih dalam tahap awal pembentukan keluarga, sehingga lebih sedikit yang menyatakan tidak ingin memiliki anak lagi dibandingkan dengan yang berpendidikan rendah dan berumur lebih tua.

Walaupun tidak bisa dibandingkan secara langsung karena perbedaan komposisi umur, namun dari Tabel 6.2.1 dan 6.2.2 dapat dilihat pada semua kategori wanita lebih cenderung menyatakan tidak ingin anak lagi dibandingkan dengan pria. Hal ini mungkin berkaitan dengan kondisi di Indonesia dimana wanita mempunyai tanggungjawab lebih besar dalam pengasuhan anak dibandingkan pria (Tshatsinde, 1993; Parawansa, 2001).

Tabel Lampiran A-6.1 menampilkan keinginan memiliki anak pada kelompok wanita kawin menurut provinsi dan lampiran A-6.2 menampilkan keinginan memiliki anak pada kelompok pria kawin menurut provinsi.

6.2 JUMLAH ANAK IDEAL

Pada bab ini, perhatian ditujukan pada keinginan responden di masa mendatang, dengan memperhitungkan jumlah anak pria dan wanita yang telah dimiliki. Tabel 6.3 menampilkan informasi jumlah anak ideal menurut responden, yaitu wanita pernah kawin dan semua wanita umur 15-49 tahun serta pria kawin umur 15-54 tahun.

Dalam menentukan jumlah anak ideal, responden diminta melakukan hal yang tidak mudah, yaitu membayangkan suatu keadaan yang abstrak dan terbebas dari jumlah anak yang telah dimiliki, kemudian menentukan berapa sesungguhnya jumlah anak yang diinginkan bila mereka dapat memulai dari awal lagi. Umumnya terdapat hubungan antara jumlah anak yang sebenarnya dengan jumlah anak ideal. Alasannya adalah; pertama, pada saat responden menerapkan keinginannya, maka seseorang yang ingin anak banyak akan cenderung untuk mempunyai anak banyak; dan kedua, responden mungkin akan memperbesar jumlah anak ideal seiring dengan pertambahan anak yang mereka miliki. Kemungkinan lainnya, responden yang memiliki anak banyak, yang umumnya berumur lebih tua, jumlah anak idealnya juga besar karena sesuai dengan budaya pada 20 atau 30 tahun yang lalu. Meskipun ada kecenderungan untuk merasionalisasi jumlah anak ideal, pada umumnya responden menyatakan jumlah anak ideal yang lebih kecil dibandingkan jumlah anak masih hidup yang mereka miliki.

Tabel 6.3 menyajikan distribusi wanita pernah kawin umur 15-49 dan pria kawin umur 15-54 menurut jumlah anak ideal dan jumlah anak yang masih hidup (termasuk anak dalam kandungan). Pada tabel ini ditampilkan distribusi wanita pernah kawin, bukan semua wanita usia subur, agar dapat dilakukan perbandingan dengan hasil SDKI sebelumnya. Tabel 6.3 SDKI memberikan pula informasi tentang rata-rata jumlah anak ideal dari semua wanita dan wanita pernah kawin tidak berbeda. Hal ini menunjukkan pengalaman tersebut dapat terjadi paa wanita yang belum menikah.

Tabel 6.3 Jumlah anak ideal menurut jumlah anak masih hidup

Distribusi persentase wanita pernah kawin umur 15-49 tahun, semua wanita umur 15-49 tahun, dan pria kawin umur 15-54 tahun menurut jumlah anak ideal, dan rata-rata jumlah anak ideal untuk semua responden dan responden berstatus kawin, menurut jumlah anak masih hidup, Indonesia 2012

Jumlah anak yang diinginkan	Jumlah anak masih hidup[1]							Jumlah
	0	1	2	3	4	5	6+	
WANITA PERNAH KAWIN								
0	0,6	0,3	0,4	0,5	0,5	0,6	1,2	0,4
1	5,1	4,4	2,1	1,4	0,8	1,2	0,2	2,6
2	56,1	64,1	59,8	35,8	29,5	21,4	13,0	51,4
3	18,1	17,2	17,7	30,3	11,6	16,6	15,8	19,3
4	9,1	7,3	11,0	14,4	30,2	12,0	18,4	12,2
5	2,1	1,8	2,0	4,2	5,1	15,0	7,1	3,2
6+	1,9	0,5	1,0	2,0	5,0	8,4	15,3	2,1
Jawaban non numerik	7,0	4,3	6,2	11,4	17,3	24,7	29,0	8,8
Jumlah	100.0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Jumlah wanita	2.241	10.111	11.747	6.557	2.801	1.213	1.019	35.688
Rata-rata jumlah anak ideal untuk:[2]								
Wanita pernah kawin	2,5	2,4	2,5	2,9	3,3	3,6	4,1	2,7
Jumlah	2.084	9.674	11.019	5.809	2.315	913	724	32.537
Semua wanita	2.4	2.4	2.5	2.9	3.3	3.6	4.1	2.6
Jumlah	11.214	9.683	11.020	5.812	2.317	913	724	41.683
Wanita berstatus kawin	2,5	2,4	2,5	2,9	3,3	3,7	4,1	2,7
Jumlah	1.851	9.055	10.515	5.467	2.171	841	670	30.571
PRIA BERSTATUS KAWIN [3]								
0	0,9	0,0	0,3	0,6	0,4	0,9	0,0	0,3
1	3,3	1,8	0,8	0,9	0,5	0,9	0,4	1,3
2	54,8	61,4	53,6	32,4	21,9	16,9	15,8	48,5
3	22,6	20,6	20,7	27,6	15,0	9,0	12,6	21,1
4	8,9	7,3	11,7	15,7	27,8	15,7	10,5	12,1
5	0,9	2,5	3,2	5,0	11,3	21,2	3,7	4,2
6+	2,0	1,4	1,3	3,0	6,6	13,4	24,1	2,8
Jawaban non numerik	6,7	4,9	8,3	14,9	16,5	22,0	32,9	9,7
Jumlah	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Jumlah Pria	516	2.485	2.694	1.403	568	219	130	8.014
Rata-rata jumlah anak ideal untuk [2]								
Pria berstatus kawin	2,5	2,5	2,6	3,0	3,6	4,1	4,7	2,8
Jumlah	481	2.363	2.469	1.194	474	170	87	7.240

[1] Jumlah anak masih hidup termasuk anak yang dalam kandungan

[2] Tidak termasuk yang memberikan jawaban non numerik

[3] Jumlah anak masih hidup termasuk anak yang dalam kandungan jika istri responden pria sedang hamil

Tabel 6.3 menunjukkan sekitar 50 persen wanita dan pria yang memberikan respon numerik ingin memiliki dua anak, dan sekitar 20 persen menginginkan tiga orang anak. Relatif sedikit yang menyebutkan ingin 5 orang anak atau lebih. Seperti diperkirakan, wanita dan pria dengan paritas banyak menunjukkan keinginan memiliki anak yang banyak pula. Sebagai contoh, rata-rata jumlah anak ideal berkisar antara: 2,4 anak pada wanita pernah kawin yang mempunyai 1 orang anak, sampai mencapai 4,1 anak pada wanita pernah kawin yang memiliki 6 anak atau lebih. Pada pria kawin, rata-rata jumlah anak ideal bervariasi dari 2,5 anak pada pria yang memiliki 1 anak masih hidup, sampai mencapai 4,7 anak pada pria yang memiliki 6 anak atau lebih.

Hasil pada Tabel 6.3 juga menunjukkan banyak wanita dan pria di Indonesia memiliki anak lebih banyak dibandingkan yang mereka inginkan. Sebagai contoh, pada wanita pernah kawin dengan lima atau lebih anak, rata-rata jumlah anak ideal yang mereka nyatakan adalah 3,6 anak, berarti mereka memiliki anak lebih banyak daripada yang diinginkan. Pola yang sama terlihat pada responden pria. Sebagai contoh, 43 persen pria yang memiliki 5 anak atau lebih menyatakan jumlah anak ideal yang lebih kecil dari jumlah

anak yang mereka miliki. Pada Tabel 6.3 juga terlihat mayoritas wanita dan pria yang belum memiliki anak menyebutkan jumlah anak ideal yang sedikit, lebih dari separuh menyebutkan 2 anak sebagai jumlah anak ideal.

Tabel 6.4 menyajikan variasi rata-rata jumlah anak ideal dari semua wanita dan wanita pernah kawin umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 menurut karakteristik latar belakang. Terlihat bahwa pada wanita dan pria yang lebih tua cenderung menyebutkan jumlah anak ideal yang lebih besar dibandingkan kelompok wanita dan pria yang lebih muda. Rata-rata jumlah anak ideal di perkotaan sedikit lebih kecil daripada di perdesaan.

Tabel 6.4 Rata-rata Jumlah Anak Ideal

Rata-rata jumlah anak ideal untuk wanita pernah kawin umur 15-49 tahun, semua wanita umur 15-49 tahun, dan pria kawin umur 15-54 tahun menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Wanita pernah kawin		Semua wanita		Pria kawin	
	Rata-rata	Jumlah wanita[1]	Rata-rata	Jumlah wanita[1]	Rata-rata	Jumlah wanita[1]
Kelompok Umur						
15-19	2,3	884	2,3	6.405	2,5	26
20-24	2,4	3.710	2,4	5.999	2,5	328
25-29	2,6	5.894	2,6	6.581	2,7	1.069
30-34	2,6	6.109	2,6	6.377	2,8	1.558
35-39	2,7	6.021	2,6	6.206	2,8	1.601
40-44	2,8	5.435	2,7	5.549	2,9	1.496
45-49	2,9	4.485	2,9	4.566	2,9	1.162
50-54	na	0	na	0	3,2	1.010
Tempat tinggal						
Perkotaan	2,6	16.174	2,5	21.887	2,7	4.245
Perdesaan	2,8	16.363	2,7	19.797	3,0	4.004
Pendidikan						
Tidak sekolah	3,2	1.146	3,1	1.218	3,4	194
Tidak tamat SD	3,0	3.867	3,0	4.067	3,2	1.125
Tamat SD	2,7	8.695	2,7	9.200	2,8	1.892
Tidak tamat SMTA	2,6	7.807	2,5	11.800	2,8	1.771
Tamat SMTA	2,5	7.712	2,4	10.103	2,7	2.253
Perguruan tinggi[2]	2,6	3.310	2,6	5.295	2,9	1.015
Kuintil Kekayaan						
Terbawah	3,0	5.711	2,9	6.845	3,3	1.328
Menengah bawah	2,7	6.413	2,6	7.937	2,8	1.682
Menengah	2,6	6.728	2,5	8.524	2,8	1.776
Menengah atas	2,5	7.011	2,5	9.056	2,7	1.769
Teratas	2,5	6.674	2,4	9.320	2,7	1.695
Jumlah	2,7	32.537	2,6	41.683	2,8	8.250

[1] Jumlah wanita dan pria yang memberikan jawaban numerik
na = tidak tersedia
[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Secara umum, responden dengan tingkat pendidikan yang lebih tinggi cenderung menyebutkan jumlah anak ideal yang lebih rendah. Pengecualian pada wanita dan pria dengan tingkat pendidikan perguruan tinggi yang menyebutkan jumlah anak ideal sama atau lebih besar daripada wanita dan pria berpendidikan SMTA. Demikian pula semakin tinggi kuintil kekayaan responden, semakin kecil jumlah anak ideal yang diinginkan.

Variasi rata-rata jumlah anak ideal menurut provinsi dapat dilihat pada Tabel Lampiran A-6.2.

6.3 KELAHIRAN YANG DIRENCANAKAN

Responden wanita ditanyakan serangkaian pertanyaan untuk setiap anak yang dilahirkan dalam lima tahun terakhir serta riwayat kehamilan untuk menentukan apakah kehamilan tersebut diinginkan pada saat itu ("direncanakan"), tidak diinginkan pada saat itu namun dikehendaki kemudian, atau sama sekali tidak diinginkan. Jawaban dari pertanyaan tersebut yang ditampilkan pada Tabel 6.5, merupakan petunjuk yang kuat sejauh mana pasangan suami istri berhasil merencanakan kelahiran anaknya. Selain itu, data ini dapat digunakan untuk mengukur pengaruh dari upaya pencegahan kelahiran yang tidak diinginkan terhadap angka fertilitas.

Pertanyaan-pertanyaan mengenai perencanaan kelahiran dalam SDKI tidak dengan mudah dapat dijawab. Responden diminta untuk mengingat dengan tepat keinginannya pada satu atau lebih titik waktu dalam lima tahun sebelum survei, dan menyatakannya dengan jujur. Rasionalisasi jawaban responden kemungkinan muncul di sini. Misalnya, kehamilan yang semula tidak diharapkan ternyata menghasilkan anak yang sangat dibanggakan. Walaupun ada masalah pemahaman, daya ingat, dan kejujuran responden, hasil-hasil survei terdahulu membuktikan responden dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut. Responden bersedia menyatakan kehamilan yang tidak diinginkan, meskipun ada kemungkinan pandangannya berubah setelah anaknya lahir. Hal ini dapat mengakibatkan rendahnya angka fertilitas yang tidak diinginkan.

Tabel 6.5 Status perencanaan kelahiran

Distribusi persentase jumlah kelahiran wanita umur 15-49 tahun selama lima tahun sebelum survei (termasuk kehamilan saat survei), menurut status perencanaan kelahiran, urutan kelahiran dan umur ibu waktu melahirkan, Indonesia, 2012

Urutan kelahiran dan umur ibu waktu melahirkan	Status perencanaan kelahiran				Jumlah	Jumlah kelahiran
	Segera/ sekarang	Kemudian	Tidak ingin lagi	Tidak terjawab		
Urutan kelahiran						
1	96,5	2,8	0,2	0,5	100,0	7.286
2	87,1	9,4	2,8	0,7	100,0	5.834
3	75,3	9,3	14,6	0,8	100,0	3.037
4+	65,5	7,0	26,3	1,2	100,0	2.741
Umur waktu melahirkan						
<20	93,4	5,6	0,3	0,6	100,0	1.687
20-24	92,0	6,1	1,3	0,6	100,0	4.829
25-29	87,8	7,8	3,7	0,7	100,0	5.436
30-34	83,8	6,7	8,9	0,6	100,0	3.934
35-39	73,1	5,2	20,6	1,1	100,0	2.325
40-44	59,6	4,1	35,0	1,3	100,0	625
45-49	59,5	1,9	38,6	0,0	100,0	63
Jumlah	85,7	6,5	7,1	0,7	100,0	18.898

Tabel 6.5 menunjukkan distribusi persentase kelahiran selama lima tahun sebelum survei menurut status perencanaan, urutan kelahiran dan umur ibu pada saat melahirkan. Sembilan dari sepuluh kelahiran memang diinginkan sesuai dengan rencana, 7 persen kehamilan termasuk diharapkan kemudian, dan 7 persen kehamilan tidak diinginkan. Gambaran ini serupa dengan yang dilaporkan dalam SDKI 2007 (BPS dkk, 2008), proporsinya sedikit lebih tinggi untuk kelahiran yang diinginkan (86 persen berbanding 80 persen) dan sedikit menurun untuk yang diharapkan kemudian tahun 2007 (7 persen berbanding 12 persen).

Berdasarkan Tabel 6.5, diketahui bahwa makin tinggi urutan kelahiran, makin besar kemungkinan kelahiran tersebut diakui sebagai kelahiran yang tidak diinginkan. Untuk kelahiran keempat atau lebih, sekitar 25 persen tidak diinginkan dan 7 persen diinginkan kemudian.

Pola perencanaan kelahiran juga dipengaruhi oleh umur ibu saat melahirkan. Secara umum semakin tua umur ibu, cenderung makin rendah persentase anak yang diinginkan. Persentase kelahiran anak yang tidak diinginkan atau diinginkan kemudian meningkat dari 6 persen pada wanita di bawah umur 20 tahun menjadi 41 persen pada wanita umur 45-49 tahun.

6.4 TINGKAT FERTILITAS YANG DIINGINKAN

Tingkat fertilitas yang diinginkan dihitung dengan cara yang sama dengan cara perhitungan ASFR sebagaimana yang disajikan pada Bab 5, kecuali bahwa kelahiran yang masuk dalam kategori tidak diinginkan dihapus dari pembilang; sisanya dijumlahkan untuk mendapatkan angka fertilitas yang diinginkan (*Total Wanted Fertility Rate* atau TWFR). Angka fertilitas yang diinginkan atau TWFR merupakan indikator jumlah anak yang diinginkan dan dapat diartikan sebagai jumlah kelahiran yang diinginkan oleh wanita ketika mencapai umur 50 tahun, jika wanita tersebut mengalami tingkat kelahiran yang diinginkan pada tiga tahun terakhir.

Metode "Lightbourne" untuk menghitung kelahiran yang diinginkan digunakan pada Tabel 6.6 sebagai berikut: suatu kelahiran dianggap diinginkan jika jumlah anak pada saat konsepsi lebih sedikit dari jumlah ideal anak yang dilaporkan pada saat survei. Angka fertilitas yang diinginkan mencerminkan angka fertilitas yang secara teoritis akan terjadi jika semua kelahiran yang tidak diharapkan dapat dicegah. Perbandingan angka fertilitas yang sebenarnya dan fertilitas yang diinginkan menunjukkan dampak demografis dari pencegahan kelahiran yang tidak diinginkan.

Ada perbedaan antara jumlah anak ideal dan tingkat kelahiran yang diinginkan. Tingkat kelahiran yang diinginkan menggunakan kelahiran yang sudah terjadi sebagai titik awal sehingga tidak akan melebihi TFR sesungguhnya. Jumlah anak ideal dapat dan terkadang lebih besar dari jumlah anak yang dilahirkan. Cara penghitungan tingkat kelahiran mempunyai kelebihan dan kelemahan. Kelebihannya adalah merupakan ukuran yang lebih realistis, karena memperhitungkan *infecundity* yang menyebabkan sebagian wanita tidak dapat memiliki jumlah anak ideal yang mereka inginkan. Sedangkan kelemahannya adalah kompleksitas untuk melakukan interpretasi, dan seperti ukuran periodik lainnya, penghitungan ini rentan terhadap pengaruh tingkat fertilitas saat ini.

Tabel 6.6 Angka fertilitas yang diinginkan

Angka fertilitas yang diinginkan dan angka fertilitas total selama 3 tahun sebelum survei menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Angka fertilitas yang diinginkan	Angka fertilitas total
Daerah tempat tinggal		
Perkotaan	1,9	2,4
Perdesaan	2,2	2,8
Pendidikan		
Tidak sekolah	2,0	2,8
Tidak tamat SD	2,3	3,0
Tamat SD	2,3	2,9
Tidak tamat SMTA	2,1	2,6
Tamat SMTA	2,2	2,7
Perguruan Tinggi[1]	2,0	2,4
Indeks Kekayaan Kuintil		
Terbawah	2,4	3,2
Menengah bawah	2,1	2,7
Menengah	2,0	2,5
Menengah atas	2,0	2,4
Teratas	1,8	2,2
Jumlah	2,0	2,6

Catatan : Angka dihitung berdasarkan jumlah kelahiran wanita umur 15-49 tahun dalam kurun 1-36 bulan sebelum survei. Angka fertilitas total sama seperti yang disajikan pada Tabel 5.2.

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 6.6 menunjukkan angka fertilitas yang diinginkan (TWFR) dan angka fertilitas total (TFR) berdasarkan karakteristik latar belakang. Secara keseluruhan, angka fertilitas yang diinginkan di Indonesia lebih rendah daripada angka fertilitas total. Angka fertilitas yang diinginkan adalah 2,0 anak per wanita; yang berarti jika wanita dapat mencapai tingkat fertilitas yang diinginkan, maka TFR di Indonesia akan turun mencapai *replacement level*. Untuk mencapai tingkat fertilitas yang diinginkan, tingkat kelahiran sesungguhnya (2.6 anak per wanita) perlu diturunkan hingga 23 persen. Perbedaan antara angka fertilitas yang diinginkan dan angka fertilitas total paling tinggi (0,8 anak) terdapat pada wanita yang tidak sekolah dan wanita pada kuintil kekayaan terendah.

Tabel Lampiran A-6.3 menunjukkan angka fertilitas yang diinginkan dan angka fertilitas total menurut provinsi.

KELUARGA BERENCANA 7

Temuan Utama:

- Hampir semua wanita umur 15-49 tahun (98 persen) mengetahui alat/cara kontrasepsi modern.
- Hanya 18 persen wanita di Indonesia yang mengetahui bahwa waktu yang paling subur bagi wanita adalah pertengahan di antara dua periode menstruasi.
- Enam puluh dua persen wanita berstatus kawin 15-49 tahun menggunakan suatu alat/cara kontrasepsi dan 58 persen menggunakan alat/cara kontrasepsi modern.
- Suntik KB adalah metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan, diikuti oleh pil (masing-masing sebesar 32 persen dan 14 persen).
- Lebih dari 7 pada setiap 10 peserta KB memperoleh metode kontrasepsi dari sektor swasta, dan 9 dari 10 peserta KB membayar untuk metode kontrasepsi yang digunakan.
- Dua puluh tujuh persen peserta KB menghentikan penggunaan suatu metode kontrasepsi dalam waktu 12 bulan setelah penggunaannya, dan 13 persen beralih ke metode kontrasepsi yang lain.
- Total kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi (*unmet need*) di Indonesia adalah 11 persen, 7 persennya di antaranya adalah untuk membatasi kehamilan.

Penjelasan mengenai Keluarga Berencana (KB) dalam Bab 7 dibagi menjadi tiga bagian besar. Bagian pertama mengenai pengetahuan dan sikap terhadap KB, yang mencakup pengetahuan alat/cara KB, pengetahuan masa subur, keterpajanan informasi KB melalui media massa dan kontak personal, dan kontak bukan peserta KB dengan petugas lapangan KB. Bagian kedua menjelaskan penggunaan KB yang terdiri dari, pengunaan alat/cara KB, waktu dari sterilisasi, tempat memperoleh alat kontrasepsi modern, dan biaya pelayanan KB. Bagian ketiga membahas tentang tidak pakai kontrasepsi dan keinginan memakai kontrasepsi di masa mendatang, yang mencakup putus pakai dan alasannya, kebutuhan dan permintaan alat kontrasepsi, sikap dan alasan untuk tidak menggunakan kontrasepsi di masa yang akan datang. Meskipun unit analisis utama pada Bab 7 adalah wanita, hasil survei pada pria juga dipaparkan karena pria mempunyai peranan penting dalam perencanaan keluarga.

7.1 PENGETAHUAN MENGENAI KELUARGA BERENCANA

7.1.1 Pengetahuan Mengenai Alat/Cara KB

Pengetahuan tentang pengendalian kelahiran dan keluarga berencana merupakan prasyarat dari penggunaan metode kontrasepsi yang tepat dengan cara yang efektif dan efisien. Informasi mengenai penggunaan kontrasepsi diperlukan untuk mengukur keberhasilan Program Keluarga Berencana. Informasi mengenai pengetahuan kontrasepsi dalam SDKI 2012 diperoleh dengan mengajukan pertanyaan kepada responden untuk menyebutkan cara pasangan suami istri dapat mencegah kehamilan. Bila responden tidak dapat menjawab secara spontan pewawancara membacakan penjelasan dari tiap alat/cara KB dan menanyakan apakah responden mengetahui alat/cara KB tersebut. Informasi yang dikumpulkan mencakup alat/cara KB modern dan tradisional. Alat/cara KB modern terdiri dari sterilisasi wanita, sterilisasi pria, pil, IUD, suntikan, susuk KB, kondom, diafragma, metode amenore laktasi (MAL), dan kontrasepsi darurat. Alat/cara KB tradisional terdiri dari pantang berkala dan senggama terputus.

Sebuah pertanyaan tambahan ditanyakan untuk mendapatkan informasi mengenai alat/cara KB lainnya tradisional lainnya.

Tabel 7.1 menunjukan pengetahuan tentang metode kontrasepsi untuk semua wanita umur 15-49, wanita kawin umur 15-49, dan pria kawin umur 15-54 . Hampir semua wanita, wanita pernah kawin, dan pria kawin di Indonesia (98 persen , 99 persen, dan 97 persen) pernah mendengar dan mengetahui paling tidak satu alat/cara KB. Hampir semua responden yang mengetahui paling tidak satu alat/cara KB, mengetahui tentang alat/cara KB modern. Responden yang mengetahui tentang alat/cara KB tradisional lebih sedikit dibandingkan dengan yang mengetahui alat/cara KB modern, yaitu 57 persen semua wanita, 63 persen wanita kawin, dan 47 persen pria kawin.

Tabel 7.1 Pengetahuan tentang alat/cara KB

Persentase semua wanita umur 15-49, wanita kawin umur 15-49, dan pria kawin umur 15-54 yang mengetahui paling sedikit satu alat/cara KB, menurut alat/cara KB, Indonesia 2007.

Metode	Semua Wanita	Wanita Berstatus Menikah	Wanita Umur Subur belum Menikah	Pria Berstatus Kawin
Suatu Alat/Cara KB	98,0	99,0	90,7	97,3
Suatu cara modern	98,0	98,9	89,0	97,2
Sterilisasi Wanita	61,4	67,0	44,4	40,3
Sterilisasi Pria	33,7	37,7	25,4	30,6
Pil	95,6	97,3	87,7	93,0
IUD	75,8	82,3	68,2	65,1
Suntikan	95,9	98,0	83,0	92,5
Susuk KB	81,8	89,0	54,1	63,1
Kondom	83,1	84,4	84,9	87,0
Diafragma	10,7	10,5	9,5	7,8
Metode Amenore Laktasi (MAL)	21,6	23,8	22,8	7,7
Kontrasepsi Darurat	11,0	11,3	10,6	6,9
Suatu cara tradisional	56,8	62,6	62,9	46,7
Pantang Berkala	42,8	47,2	32,1	33,6
Senggama Terputus	42,1	48,1	54,3	34,6
Lain	8,4	9,5	3,7	4,1
Rata-rata alat/cara yang diketahui	6,6	7,1	5,8	5,7
Jumlah wanita/pria	45.607	33.465	34	9.306

Suntikan dan pil merupakan alat/cara KB yang paling banyak diketahui oleh wanita di Indonesia (96 persen). Di antara metode kontrasepsi modern, metode yang paling sedikit diketahui responden adalah kontrasepsi darurat, diafragma, dan metode amenore laktasi (MAL). Secara umum, pria kurang mengetahui tentang metode kontrasepsi daripada wanita, kecuali untuk kondom di mana pengetahuan pria lebih tinggi daripada wanita. Wanita mengetahui rata-rata 7 metode kontrasepsi, sedangkan pria kurang dari 6 metode kontrasepsi.

Hanya terdapat sedikit perbedaan antara SDKI tahun 2007 dan 2012 mengenai persentase pengetahuan wanita kawin tentang metode kontrasepsi tertentu. Peningkatan yang paling signifikan dalam lima tahun terakhir ini adalah pengetahuan mengenai kondom, dari 77 persen menjadi 84 persen.

Tabel 7.2 menyajikan perbedaan pengetahuan tentang alat/cara kontrasepsi di antara wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun. Lebih dari 90 persen responden mengetahui paling sedikit satu alat/cara kontrasepsi dan satu alat/cara kontrasepsi modern pada setiap sub-kelompok, kecuali sebagian kecil wanita dan pria yang tidak bersekolah.

Tabel 7.2 Pengetahuan alat/cara KB menurut karakteristik latar belakang

Persentase wanita umur 15-49 dan pria kawin umur 15-54 yang mengetahui paling sedikit satu jenis alat/cara KB dan satu jenis alat/cara KB modern menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Wanita			Pria		
	Tahu suatu alat/cara KB	Tahu suatu alat/cara modern[1]	Jumlah	Tahu suatu alat/cara KB	Tahu suatu alat/cara modern[1]	Jumlah
Umur						
15-19	94,7	94,6	6.927	100,0	100,0	28
20-24	97,8	97,8	6.305	94,4	94,4	345
25-29	98,8	98,7	6.959	98,3	98,3	1.127
30-34	99,2	99,2	6.876	98,4	98,1	1.674
35-39	98,8	98,8	6.882	98,1	97,8	1.775
40-44	98,8	98,7	6.252	97,9	97,7	1.693
45-49	98,1	98,0	5.407	97,4	97,1	1.371
50-54	na	na	0	94,0	94,0	1.292
Daerah Tempat Tinggal						
Perkotaan	98,9	98,8	23.805	98,6	98,6	4.739
Perdesaan	97,1	97,0	21.802	96,0	95,7	4.567
Pendidikan						
Tidak sekolah	83,5	82,7	1.500	77,5	76,6	265
Tidak tamat SD	97,0	96,9	4.870	92,9	92,4	1.371
Tamat SD	98,4	98,3	10.254	97,3	97,1	2.118
Tidak tamat SMTA	97,8	97,8	12.753	98,8	98,8	1.979
Tamat SMTA	99,5	99,5	10.677	99,6	99,5	2.453
Perguruan Tinggi[2]	99,6	99,6	5.552	99,9	99,9	1.119
Kuintil Kekayaan						
Terbawah	94,1	93,8	7.767	91,9	91,5	1.596
Menengah bawah	98,0	97,9	8.784	96,4	96,0	1.866
Menengah	99,0	99,0	9.243	98,8	98,8	2.008
Menengah atas	99,2	99,2	9.743	99,0	98,9	1.962
Teratas	99,1	99,0	10.071	99,6	99,6	1.875
Jumlah	98,0	98,0	45.607	97,3	97,2	9.306

na = tidak berlaku
[1] Sterilisasi wanita, sterilisasi pria, pil, IUD, suntikan, susuk KB, kondom, diafragma, metode amenore laktasi (MAL), dan kontrasepsi darurat.
[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Pengetahuan mengenai alat/cara KB menurut provinsi disajikan pada Tabel Lampiran A-7.1.

7.1.2 Pengetahuan Tentang Masa Subur

Pengetahuan dasar mengenai fisiologi reproduksi berguna untuk keberhasilan pemakaian alat/cara KB pantang berkala, kondom, dan senggama terputus. Semua wanita dalam SDKI 2012 ditanya mengenai pengetahuan mereka tentang masa subur pada wanita. Tabel 7.3 menunjukan distribusi persentase wanita menurut pengetahuan tentang masa subur berdasarkan pemakai dan bukan pemakai cara KB pantang berkala.

Hanya 18 persen dari semua wanita umur 15-49 yang mengetahui masa subur terjadi di antara dua periode menstruasi. Di antara responden pemakai metode pantang berkala, 50 persen dapat menjawab dengan benar mengenai masa subur. Secara umum, hasil ini menunjukkan perlunya pendidikan dan penyuluhan mengenai fisiologi reproduksi dalam rangka meningkatkan efektivitas pemakaian metode pantang berkala dan senggama terputus.

Tabel 7.3 Pengetahuan Tentang Masa Subur

Distribusi persentase wanita umur 15-49 menurut pengetahuan tentang masa subur, berdasarkan pemakaian metode pantang berkala, Indonesia 2012

Pengetahuan masa subur	Pemakai pantang berkala	Bukan pemakai pantang berkala	Semua Wanita
Menjelang haid	3,0	3,8	3,8
Selama haid	0,4	0,6	0,6
Segera setelah haid berakhir	33,7	32,1	32,1
Di tengah antara dua haid	50,4	18,0	18,3
Lainnya	2,0	0,6	0,6
Tidak ada waktu tertentu	4,6	16,7	16,6
Tidak tahu	5,6	27,8	27,6
Tidak terjawab	0,2	0,3	0,3
Jumlah	100,0	100,0	100,0
Jumlah Wanita	439	45.168	45.607

7.1.3 KETERPAJANAN TERHADAP KOMUNIKASI, EDUKASI, DAN INFORMASI KB

Program komunikasi, edukasi, dan informasi (KIE) KB di Indonesia merupakan kegiatan penerangan dan sosialisasi program KB melalui berbagai media. Media memiliki peranan penting dalam mensosialisasikan keluarga berencana. Informasi mengenai keterpajanan media penting bagi perencana program untuk menentukan target populasi yang efektif dalam pelaksanaan KIE program KB. Baik media cetak (koran/majalah, pamflet, poster) maupun media eletronik (radio dan televisi) digunakan untuk menyebarluaskan pesan KB. Kegiatan KIE untuk acara televisi dilakukan oleh stasiun TV pemerintah dan swasta di pusat dan daerah. KIE untuk radio juga dilakukan melalui stasiun radio pemerintah dan swasta di seluruh wilayah Indonesia. Kontak dengan petugas lapangan KB dan petugas kesehatan lainnya serta dengan tokoh agama, guru, dan anggota kelompok perempuan adalah saluran lain yang juga penting untuk penyebaran informasi keluarga berencana.

Pada SDKI 2012 terdapat pertanyaan untuk menentukan apakah responden telah terpapar dengan pesan KB melalui berbagai media dan kontak dengan petugas lapangan KB dalam enam bulan sebelum survei. Hasilnya dapat membantu perencana dan pelaksana program KB untuk menentukan target kelompok penduduk progam KIE.

Keterpajanan Pesan KB melalui Media

Tabel 7.4.1-7.4.2 menunjukkan persentase wanita kawin umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun yang terpapar pesan keluarga berencana melalui lima sumber media (televisi, radio, koran/majalah, poster dan pamflet) dalam waktu enam bulan sebelum survei. Hasilnya menunjukkan responden wanita dan pria paling banyak menerima informasi KB melalui televisi (46 persen). Poster adalah sumber informasi yang penting kedua untuk mensosialisasikan pesan keluarga berencana, satu dari empat wanita dan lebih dari satu dari tiga pria terekspos pesan KB melalui poster. Pesan KB melalui media cetak lainnya (koran/majalah dan pamflet) diterima oleh sekitar satu dari tujuh wanita dan satu dari lima pria. Hanya satu dari 10 responden wanita kawin dan satu dari delapan pria kawin menerima pesan KB melalui radio.

Secara umum, 46 persen wanita kawin dan 38 persen pria kawin tidak terpapar pesan KB melalui salah satu dari lima sumber media. Terjadi penurunan substansial dalam proporsi wanita dan pria yang menyatakan tidak terpapar pesan KB dibandingkan dengan hasil SDKI 2007; sekitar dua-pertiga dari wanita kawin umur 15-49 dan 6 dari 10 pria kawin umur 15-54 tidak terpapar pesan KB melalui salah satu sumber media selama enam bulan sebelum SDKI 2007.

Responden wanita dan pria yang terpapar pesan KB selama enam bulan sebelum survei bervariasi menurut karakteristik latar belakang. Responden di perkotaan lebih banyak terpapar pesan KB dibandingkan yang tinggal di perdesaan. Sebagai contoh, 55 persen dari wanita di perdesaan tidak melihat atau mendengar pesan KB melalui salah satu sumber media dibandingkan dengan 37 persen wanita di perkotaan. Proporsi wanita dan pria berstatus kawin yang tidak terpapar pesan KB melalui salah satu dari lima sumber media juga bervariasi menurut tingkat pendidikan dan status kekayaan. Sebagai contoh, 62 persen pria pada kuintil kekayaan terendah tidak terpapar pesan KB melalui salah satu dari lima sumber media dibandingkan dengan 20 persen pria pada kuintil kekayaan tertinggi.

Tabel 7.4.1 Keterpajanan terhadap pesan KB di media elektronik dan media cetak wanita kawin

Persentase wanita kawin umur 15-49 yang mendengar atau membaca pesan KB di media elektronik atau media cetak dalam beberapa bulan sebelum survei menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Radio	Televisi	Surat Kabar/Majalah	Poster	Pamflet	Tidak satupun media	Jumlah Wanita
Umur							
15-19	10,2	46,5	7,3	21,0	9	45,3	890
20-24	9,2	48,8	11,5	25,9	12	42,1	3.754
25-29	9,0	49,6	14,9	29,1	16	41,1	6.000
30-34	9,7	47,2	15,5	28,7	15	42,1	6.285
35-39	9,6	47,2	16,4	28,8	15	44,3	6.331
40-44	10,6	40,9	12,8	24,3	13	49,7	5.572
45-49	8,8	36,5	9,6	18,5	10	57,5	4.633
Daerah Tempat Tinggal							
Perkotaan	11,3	52,9	19,6	33,4	18	36,6	16.466
Perdesaan	7,8	37,9	7,9	19,2	9	54,7	16.999
Pendidikan							
Tidak sekolah	2,1	13,8	0,3	2,0	1	84,4	1.209
Tidak tamat SD	4,9	26,0	1,3	8,0	3	69,6	4.185
Tamat SD	7,3	38,3	5,0	16,3	6	55,1	9.045
Tidak tamat SMTA	9,8	48,6	10,3	25,7	12	43,0	7.912
Tamat SMTA	12,7	57,9	23,3	39,1	22	30,2	7.760
Perguruan Tinggi[1]	15,9	62,5	42,8	55,2	36	19,7	3.353
Kuintil Kekayaan							
Terbawah	5,7	24,5	3,6	13,1	5	67,9	5.966
Menengah bawah	6,6	38,2	6,3	17,9	8	54,6	6.614
Menengah	9,8	46,4	10,5	24,1	12	45,8	6.864
Menengah atas	10,4	53,3	16,6	30,2	16	36,8	7.218
Teratas	14,6	60,7	29,6	43,4	25	27,4	6.803
Jumlah	9,5	45,3	13,6	26,2	14	45,8	33.465

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 7.4.2 Keterpajanan terhadap pesan KB di media elektronik dan media cetak: pria kawin

Persentase pria kawin umur 15-54 yang mendengar atau membaca pesan KB di media elektronik atau media cetak dalam beberapa bulan sebelum survei menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Radio	Televisi	Surat Kabar/Majalah	Poster	Pamflet	Tidak satupun media	Jumlah Pria
Umur							
15-19	5,6	33,1	9,8	22,8	1,7	43,3	28
20-24	17,6	50,2	15,9	32,2	14,6	33,9	345
25-29	11,3	48,1	21,3	38,1	19,9	36,8	1.127
30-34	14,1	55,7	19,3	41,9	20,0	30,5	1.674
35-39	12,7	49,6	22,7	38,8	21,3	35,1	1.775
40-44	12,8	47,9	21,7	37,1	19,0	36,8	1.693
45-49	10,9	42,7	18,6	31,3	15,0	44,3	1.371
50-54	11,4	39,1	12,4	25,4	12,7	48,6	1.292
Daerah Tempat Tinggal							
Perkotaan	14,7	53,7	26,8	44,7	23,5	28,8	4.739
Perdesaan	10,3	41,4	11,8	26,4	12,4	47,5	4.567
Pendidikan							
Tidak sekolah	6,5	22,8	3,0	9,8	6,8	69,4	265
Tidak tamat SD	6,6	27,1	3,0	13,2	3,6	63,9	1.371
Tamat SD	8,9	39,9	7,9	22,4	8,7	49,8	2.118
Tidak tamat SMTA	11,7	49,6	15,1	36,4	15,1	34,7	1.979
Tamat SMTA	16,2	58,5	28,8	50,5	27,2	23,2	2.453
Perguruan Tinggi[1]	21,6	66,6	52,3	60,8	41,2	14,9	1.119
Kuintil Kekayaan							
Terbawah	7,6	29,1	7,1	15,2	6,0	61,6	1.596
Menengah bawah	9,1	37,9	9,2	26,4	11,8	48,9	1.866
Menengah	11,5	50,0	16,2	35,6	18,5	36,1	2.008
Menengah atas	14,1	56,1	23,8	43,4	21,3	28,0	1.962
Teratas	19,6	62,0	38,9	54,4	30,6	19,5	1.875
Jumlah	12,5	47,7	19,4	35,7	18,0	38,0	9.306

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel Lampiran A-7.2.1 - A-7.2.2 menyajikan keterpajanan responden SDKI terhadap pesan KB melalui berbagai media menurut provinsi.

Keterpajanan Terhadap Pesan KB Melalui Kontak dengan Petugas

Informasi mengenai KB juga dapat diperoleh melalui kontak personal. SDKI 2012 mengumpulkan informasi dari wanita apakah mereka memperoleh informasi tentang KB dari petugas KB, guru, tokoh agama, dokter, bidan, tokoh masyarakat, kelompok wanita dan apoteker selama 6 bulan sebelum survey. Tabel 7.5 menyajikan persentase wanita kawin umur 15-49 yang memperoleh informasi KB melalui kontak personal dengan berbagai sumber menurut karakteristik latar belakang.

Tabel 7.5 Pesan KB Melalui Petugas: Wanita Berstatus Menikah

Persentase wanita kawin umur 15-49 yang mendengar atau melihat pesan KB dari petugas tertentu dalam enam bulan terakhir sebelum survei menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Petugas KB	Guru	Tokoh Agama	Dokter	Perawat/Bidan	Tokoh Masyarakat	Kelompok Wanita	Apoteker	Jumlah Wanita
Umur									
15-19	7,8	0,9	0,7	4,0	24,9	1,1	0,9	0,2	890
20-24	11,1	0,8	0,9	7,3	29,4	1,6	3,2	0,4	3.754
25-29	10,9	0,4	1,6	7,0	27,7	1,8	5,4	0,7	6.000
30-34	10,7	0,6	1,4	6,4	25,7	1,7	6,4	0,8	6.285
35-39	11,0	0,8	2,1	6,6	24,5	2,5	7,7	0,9	6.331
40-44	11,1	0,5	2,5	6,0	20,7	2,2	8,0	0,4	5.572
45-49	7,9	0,4	2,2	4,2	13,5	2,5	5,7	0,2	4.633
Status Perkawinan									
Kawin	10,4	0,6	1,8	6,2	23,7	2,1	6,2	0,6	33.291
Hidup Bersama	12,9	0,1	0,9	4,8	22,2	1,5	1,1	0,4	174
Daerah Tempat Tinggal									
Perkotaan	9,5	0,5	1,7	7,3	23,5	1,5	7,0	0,8	16.466
Perdesaan	11,3	0,6	1,8	5,1	23,9	2,6	5,3	0,4	16.999
Pendidikan									
Tidak sekolah	5,7	0,0	0,5	0,5	8,3	0,5	1,6	0,1	1.209
Tidak tamat SD	6,8	0,2	1,1	2,6	14,5	2,1	3,8	0,2	4.185
Tamat SD	9,8	0,3	1,7	3,8	22,4	2,6	5,8	0,4	9.045
Tidak tamat SMTA	11,6	0,3	1,8	5,7	27,3	1,8	6,8	0,4	7.912
Tamat SMTA	11,9	0,6	1,8	8,0	27,4	1,9	7,3	0,6	7.760
Perguruan Tinggi[1]	12,3	2,5	3,3	16,4	27,2	2,1	7,4	2,1	3.353
Kuintil Kekayaan									
Terbawah	9,5	0,4	1,4	3,0	19,1	2,0	3,0	0,4	5.966
Menengah bawah	10,0	0,4	1,1	3,9	22,9	2,0	4,9	0,4	6.614
Menengah	11,6	0,5	1,9	5,9	25,8	2,2	6,7	0,6	6.864
Menengah atas	9,9	0,5	2,0	6,5	24,2	2,1	6,7	0,3	7.218
Teratas	11,1	1,0	2,4	11,3	25,9	1,8	8,9	1,2	6.803
Jumlah	10,4	0,6	1,8	6,2	23,7	2,0	6,1	0,6	33.465

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Wanita kawin paling banyak memperoleh informasi tentang KB dari perawat/bidan (24 persen), diikuti oleh petugas lapangan KB (10 persen), dokter (6 persen) dan kelompok wanita (6 persen). Variasi persentase wanita kawin yang memperoleh informasi KB melalui kontak personal tertentu paling besar adalah menurut tingkat pendidikan. Sebagai contoh, wanita dengan pendidikan SMTA atau lebih tiga kali lebih banyak memperoleh informasi KB dari seorang perawat/bidan daripada wanita yang tidak sekolah (27 persen berbanding 8 persen).

Tabel Lampiran A-7.3 menunjukkan keterpajanan responden SDKI terhadap informasi KB melalui kontak personal menurut provinsi.

7.1.4 KONTAK BUKAN PESERTA KB DENGAN PETUGAS KB

Pada SDKI tahun 2012, terdapat beberapa pertanyaan yang dirancang untuk memperoleh informasi apakah wanita pernah kawin yang tidak menggunakan alat kontrasepsi pernah melakukan kontak dengan petugas KB dan membicarakan tentang KB dalam enam bulan sebelum survei. Tabel 7.6 menyajikan informasi tentang kontak antara wanita pernah kawin usia 15-49 dengan petugas KB atau petugas kesehatan berdasarkan karakteristik latar belakang. Data ini memberikan informasi tentang kesempatan ber-KB yang terlewatkan dan mendorong wanita untuk berpartisipasi dalam program KB.

Tabel 7.6 Kontak wanita bukan peserta KB dengan petugas KB atau pemberi pelayanan KB

Persentase wanita yang tidak menggunakan alat/cara KB yang dikunjungi petugas lapangan KB dan diskusi tentang KB, mengunjungi fasilitas kesehatan dan diskusi tentang KB, mengunjungi fasilitas kesehatan dan tidak diskusi tentang KB dalam kurun waktu 6 bulan terakhir sebelum survei, menurut karakteristik latar belakang Indonesia 2012

Karakteristik latar Belakang	Wanita yang dikunjungi petugas lapangan KB dan diskusi tentang KB	Wanita yang mengunjungi fasilitas kesehatan 12 bulan terakhir:		Wanita yang tidak diskusi tentang KB dengan petugas KB atau dengan provider	Jumlah wanita
		Diskusi tentang KB	Tidak diskusi tentang KB		
Umur					
15-19	3,4	6,6	45,5	90,4	494
20-24	5,9	14,6	45,9	82,3	1.618
25-29	5,3	10,9	41,6	85,4	2.398
30-34	4,9	9,9	42,0	87,1	2.424
35-39	7,4	9,3	37,4	85,8	2.336
40-44	5,0	5,3	31,8	91,3	2.456
45-49	4,0	3,8	30,8	93,2	3.147
Status Perkawinan					
Kawin	5,5	9,3	38,8	87,1	12.652
Hidup Bersama	3,9	8,3	33,6	89,5	110
Cerai Hidup/Berpisah	2,1	2,1	33,0	96,1	879
Cerai Mati	4,3	3,2	30,5	93,6	1.233
Daerah Tempat Tinggal					
Perkotaan	4,4	8,3	40,3	88,8	7.388
Perdesaan	6,0	8,4	35,2	87,6	7.486
Pendidikan					
Tidak sekolah	3,3	2,2	22,4	95,0	873
Tidak tamat SD	4,4	4,1	29,1	93,0	2.383
Tamat SD	6,9	7,3	35,6	87,9	3.685
Tidak tamat SMTA	5,4	8,5	41,5	87,6	3.017
Tamat SMTA	4,7	11,0	42,1	86,3	3.307
Perguruan Tinggi[1]	4,5	14,5	47,6	83,2	1.609
Kuintil Kekayaan					
Terbawah	5,8	7,7	31,5	88,7	3.101
Menengah bawah	4,3	7,1	34,3	90,2	2.824
Menengah	6,1	8,2	36,1	87,3	2.902
Menengah atas	5,9	8,6	42,5	87,7	3.000
Menengah atas	4,1	10,0	43,9	87,2	3.047
Jumlah	5,2	8,3	37,7	88,2	14.874

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel di atas menunjukkan bahwa hanya sekitar 1 dari 7 wanita kawin yang tidak menggunakan alat kontrasepsi kontak dengan petugas kesehatan dan membahas tetang KB. Lima persen dikunjungi oleh petugas KB di rumah mereka, dan 8 persen melaporkan mendiskusikan KB selama kunjungan mereka ke fasilitas kesehatan. Selanjutnya, 38 persen dari mereka menyatakan bahwa telah mengunjungi fasilitas kesehatan setidaknya sekali selama periode enam bulan tetapi mengatakan tidak membahas KB selama kunjungan tersebut. Persentase wanita kawin yang tidak menggunakan alat kontrasepsi yang melakukan kunjungan ke fasilitas kesehatan namun tidak mendiskusikan KB lebih tinggi pada mereka yang berumur kurang dari 35 tahun dibandingkan dengan yang lebih tua. Wanita kawin yang tidak menggunakan alat kontrasepsi di perkotaan juga lebih besar dibandingkan di perdesaan untuk melaporkan kunjungan tersebut. Proporsi yang telah mengunjungi fasilitas kesehatan tetapi belum mendiskusikan KB meningkat seiring tingkat pendidikan dan kuintil kekayaan.

Sebagai kesimpulan, tidak semua fasilitas kesehatan memiliki kesempatan untuk memberikan informasi atau pelayanan keluarga berencana. Namun demikian, hasil pada Tabel 7.6 menunjukkan kemungkinan fasilitas kesehatan tidak memanfaatkan kesempatan untuk memberikan informasi dan motivasi kepada wanita yang belum menggunakan KB untuk menjadi peserta KB. Koordinasi yang lebih baik diperlukan untuk memastikan bahwa layanan keluarga berencana terintegrasi dengan baik ke dalam sistem pelayanan kesehatan. Perluasan jangkauan juga diperlukan agar dapat mencakup seluruh segmen penduduk, terutama mereka yang berpendidikan rendah dan miskin, yang memiliki keterbatasan untuk mengunjungi fasilitas kesehatan.

Variasi proporsi dari bukan peserta KB yang pernah kontak dengan petugas KB dalam enam bulan terakhir menurut provinsi dapat dilihat di Tabel Lampiran A-7.4.

7.2 PEMAKAIAN ALAT/CARA KB SAAT INI

Informasi mengenai tingkat pemakaian kontrasepsi (prevalensi kontrasepsi) penting untuk mengukur keberhasilan Program Keluarga Berencana. Prevalensi kontrasepsi didefinisikan sebagai proporsi wanita kawin umur 15-49 tahun pada saat survei memakai salah satu alat/cara KB. Uraian berikut menyajikan informasi tingkat pemakaian kontrasepsi, tren pemakaian kontrasepsi, dan faktor-faktor yang berhubungan dengan pemakaian kontrasepsi: sumber pelayanan kontrasepsi, *informed choice*, waktu sterilisasi, masalah yang ditemui dalam pemakaian kontrasepsi, kualitas pemakaian pil dan suntikan, dan biaya pemakaian kontrasepsi.

7.2.1 Pemakaian Kontrasepsi Saat ini Menurut Umur

Tabel 7.7.1 menyajikan distribusi persentase semua wanita dan wanita kawin umur 15-49 tahun yang pada saat survei memakai metode KB menurut umur. Pembahasan pada bagian ini akan difokuskan pada wanita berstatus kawin, karena sangat sedikit wanita yang belum kawin melaporkan menggunakan kontrasepsi.

Tabel 7.7.1 Pemakaian kontrasepsi saat kini: Wanita

Distribusi persentase semua wanita dan wanita berstatus kawin umur 15-49 tahun menurut cara/alat KB yang dipakai dan kelompok umur, Indonesia 2012

	Cara Modern											Cara Tradisional						
Umur	Suatu cara	Suatu cara modern	Sterilisasi wanita	Sterilisasi Pria	Pil	IUD	Suntik	Susuk KB	Kondom	MAL	Lainnya	Suatu cara tradisional	Pantang berkala	Sanggama terputus	Lainnya	Tidak pakai	Jumlah	Jumlah wanita
SEMUA WANITA																		
15-19	6,3	6,2	0,0	0,0	1,2	0,1	4,9	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	93,7	100,0	6.927
20-24	36,2	35,4	0,0	0,0	6,5	1,2	25,5	1,6	0,6	0,0	0,0	0,8	0,1	0,6	0,1	63,8	100,0	6.305
25-29	55,0	52,2	0,2	0,0	11,2	2,1	34,2	2,8	1,7	0,0	0,0	2,7	0,7	1,9	0,1	45,0	100,0	6.959
30-34	60,2	56,7	1,3	0,1	13,4	3,4	32,7	3,6	2,0	0,1	0,0	3,6	1,1	2,1	0,3	39,8	100,0	6.876
35-39	62,9	57,9	3,8	0,2	14,3	4,2	29,5	3,8	2,0	0,0	0,0	5,0	1,5	3,1	0,4	37,1	100,0	6.882
40-44	58,6	53,5	5,8	0,1	13,7	5,2	23,5	3,6	1,5	0,0	0,0	5,1	2,0	2,4	0,6	41,4	100,0	6.252
45-49	39,8	36,3	7,0	0,5	9,4	5,1	11,6	1,5	1,1	0,0	0,0	3,6	1,3	1,7	0,5	60,2	100,0	5.407
Jumlah	45,7	42,7	2,4	0,1	10,0	3,0	23,5	2,4	1,3	0,0	0,0	30	1,0	1,7	0,3	54,3	100,0	45.607
WANITA BERSTATUS KAWIN																		
15-19	48,1	47,6	0,0	0,0	8,8	0,9	37,3	0,6	0,0	0,1	0,0	0,4	0,1	0,3	0,1	51,9	100,0	890
20-24	60,5	59,3	0,0	0,0	10,9	2,0	42,7	2,6	0,9	0,1	0,0	1,3	0,2	1,0	0,1	39,5	100,0	3.754
25-29	63,6	60,4	0,3	0,0	12,9	2,4	39,6	3,2	2,0	0,0	0,0	3,1	0,8	2,2	0,1	36,4	100,0	6.000
30-34	65,7	61,8	1,4	0,1	14,7	3,6	35,7	3,9	2,2	0,1	0,0	3,9	1,2	2,3	0,3	34,3	100,0	6.285
35-39	68,1	62,7	4,1	0,2	15,6	4,4	32,0	4,1	2,2	0,0	0,0	5,4	1,7	3,3	0,5	31,9	100,0	6.331
40-44	65,2	59,5	6,3	0,1	15,4	5,5	26,4	4,0	1,7	0,0	0,0	5,7	2,3	2,7	0,7	34,8	100,0	5.572
45-49	45,8	41,6	7,7	0,5	10,9	5,8	13,6	1,7	1,3	0,0	0,0	4,2	1,5	2,0	0,6	54,2	100,0	4.633
Jumlah	61,9	57,9	3,2	0,2	13,6	3,9	31,9	3,3	1,8	0,0	0,0	4,0	1,3	2,3	0,4	38,1	100,0	33.465

Catatan : Jika terdapat lebih dari satu alat/cara KB yang dipakai, hanya cara yang paling efektif yang dimasukkan kedalam tabel .
MAL = Metode Amenore Laktasi

Enam puluh dua persen wanita kawin menggunakan kontrasepsi. Metode tradisional tidak umum digunakan di Indonesia; 58 persen wanita kawin umur 15-49 menggunakan metode modern dan 4 persen wanita kawin menggunakan metode tradisional. Suntikan KB adalah metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan, diikuti oleh pil (masing-masing sebesar 32 persen dan 14 persen).

Wanita yang lebih muda (umur 15-19 tahun) dan yang lebih tua (umur 45-49 tahun) lebih sedikit yang memakai kontrasepsi dibandingkan dengan wanita pada pertengahan usia subur (umur 20-44 tahun). Pemakaian kontrasepsi pada wanita kawin semua kelompok umur didominasi oleh metode kontrasepsi modern. Namun, preferensi untuk metode tertentu bervariasi menurut umur. Sebagai contoh, meskipun suntik KB paling banyak digunakan pada setiap kelompok umur, metode ini paling populer di kalangan wanita di bawah usia 30 tahun. Pada kelompok wanita yang lebih tua (umur 30-44 tahun), selain suntikan KB, pemakaian pil dan metode kontrasepsi jangka panjang seperti IUD, implan dan sterilisasi wanita lebih tinggi daripada wanita yang lebih muda.

Program peningkatan partisipasi pria dalam ber-KB telah dilaksanakan selama beberapa tahun, namun penggunaan metode kontrasepsi masih rendah. Hanya sedikit wanita kawin umur 15-49 tahun yang melaporkan penggunaan kondom dan sanggama terputus (masing-masing 2 persen), dan 1 persen menggunakan pantang berkala. Sterilisasi pria masih kurang dari 1 persen.

SDKI tahun 2012 juga mengumpulkan informasi langsung dari sampel pria kawin untuk penggunaan metode kontrasepsi. Hasil yang disajikan pada Tabel 7.7.2 menegaskan bahwa penggunaan metode kontrasepsi bagi pria masih sangat terbatas di antara pasangan suami istri di Indonesia. Di antara pria berstatus kawin umur 15-54 tahun yang melaporkan pemakaian metode kontrasepsi, penggunaan kondom pria (3 persen) dan senggama terputus (1 persen) merupakan metode kontrasepsi yang paling populer.

Tabel 7.7.2 Pemakaian kontrasepsi saat ini : Pria

Distribusi persentase pria berstatus kawin umur 15-54 tahun menurut metode kontrasepsi yang dipakai dan kelompok umur, Indonesia 2012

			Cara Modern			Cara Tradisional					
Umur	Suatu cara	Suatu cara modern	Sterilisasi pria	Kondom	Suatu cara tradisional	Pantang berkala	Sanggama terputus	Lainnya	Tidak pakai	Jumlah	Jumlah pria
15-19	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	(0,0)	100,0	100,0	28
20-24	0,6	0,4	0,0	0,4	0,3	0,0	0,3	0,0	99,4	100,0	345
25-29	3,9	2,6	0,3	2,3	1,2	0,1	1,1	0,1	96,1	100,0	1.127
30-34	4,6	2,3	0,0	2,3	2,2	0,4	1,7	0,1	95,4	100,0	1.674
35-39	4,9	2,5	0,1	2,4	2,3	0,4	1,9	0,0	95,1	100,0	1.775
40-44	5,5	3,3	0,3	3,0	2,1	1,1	1,0	0,1	94,5	100,0	1.693
45-49	5,2	2,8	0,0	2,8	2,1	0,6	1,4	0,3	94,8	100,0	1.371
50-54	4,6	3,4	1,1	2,3	1,2	0,3	0,9	0,0	95,4	100,0	1.292
Jumlah	4,7	2,7	0,3	2,5	1,9	0,5	1,3	0,1	95,3	100,0	9.306

7.2.2 Pemakaian Kontrasepsi Menurut Karakteristik Latar Belakang

Tabel 7.8.1 dan 7.8.2 menyajikan informasi prevalensi pemakaian kontrasepsi di antara semua wanita umur 15-49 tahun dan wanita berstatus kawin umur 15-49 tahun menurut karakteristik latar belakang. Pembahasan dalam tabel berfokus pada hasil pada wanita berstatus kawin.

Tabel 7.8.2 menunjukkan bahwa angka prevalensi kontrasepsi hampir sama di daerah perkotaan dan pedesaan (62 persen). Namun, ada perbedaan menurut daerah tempat tinggal untuk penggunaan metode kontrasepsi tertentu. Wanita di perdesaan memiliki persentase penggunaan suntikan KB yang lebih besar dibandingkan dengan wanita di perkotaan (masing-masing 35 persen dan 28 persen). Susuk KB juga lebih populer di kalangan wanita di perdesaan daripada wanita di perkotaan. Sebaliknya, wanita di perkotaan lebih cenderung menggunakan IUD, sterilisasi wanita, dan kondom dibandingkan dengan wanita di perdesaan.

Tabel 7.8.1 Pemakaian kontrasepsi saat ini menurut karakteristik latar belakang: Semua wanita

Distribusi persentase semua wanita umur 15-49 tahun menurut cara kontrasepsi yang dipakai saat ini dan karatreristik latar belakang, Indonesia 2012

			Cara Modern								Cara Traditional						
Karakteristik latar belakang	Suatu cara	Sutau cara modern	Setrilisasi wanita	Sterilisasi Pria	Pil	IUD	Suntik	Susuk KB	Kondom	MAL	Suatu cara tradisional	Pantang berkala	Sanggama terputus	Lainnya	Tidak pakai	Jumlah	Jumlah wanita
Daerah tempat tinggal																	
Perkotaan	43,3	39,7	2,9	0,1	9,6	3,6	19,8	1,6	2,0	0,0	3,5	1,3	1,9	0,2	56,7	100,0	23.805
Perdesaan	48,3	46,0	2,0	0,1	10,3	2,2	27,5	3,4	0,5	0,0	2,3	0,6	1,5	0,3	51,7	100,0	21.802
Status kawin																	
Tidak pernah kawin	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	99,8	100,0	9.919
Kawin	62,0	58,0	3,2	0,2	13,6	3,9	32,0	3,3	1,8	0,0	4,0	1,3	2,3	0,4	38,0	100,0	33.291
Hidup bersama	36,8	33,6	3,1	0,0	6,6	1,6	17,9	2,5	1,8	0,0	3,2	1,2	1,6	0,5	63,2	100,0	174
Cerai hidup	5,9	5,9	3,2	0,0	0,0	2,4	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	94,1	100,0	935
Cerai mati	4,2	4,2	1,1	0,0	0,4	1,6	0,8	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	95,8	100,0	1.288
Pendidikan																	
Tidak sekolah	35,4	34,0	2,1	0,7	9,6	1,6	17,3	2,5	0,1	0,0	1,4	0,1	0,5	0,8	64,6	100,0	1.500
Tidak tamat SD	46,2	43,9	3,1	0,3	10,4	1,9	25,1	2,7	0,4	0,0	2,3	0,3	1,2	0,7	53,8	100,0	4.870
Tamat SD	58,2	56,4	2,4	0,1	14,0	2,4	33,1	3,9	0,5	0,0	1,8	0,3	1,3	0,2	41,8	100,0	10.254
Tidak tamat SMTA	42,1	39,9	1,8	0,0	9,3	1,9	23,7	2,2	0,9	0,0	2,2	0,6	1,5	0,2	57,9	100,0	12.753
Tamat SMTA	45,2	41,1	3,0	0,1	9,2	3,7	21,1	2,0	2,1	0,0	4,1	1,5	2,3	0,2	54,8	100,0	10.677
Perguruan Tinggi[1]	33,9	28,3	2,6	0,0	5,2	6,1	9,8	1,1	3,4	0,1	5,6	2,7	2,6	0,2	66,1	100,0	5.552
Jumlah anak masih hidup																	
0	1,5	1,4	0,0	0,0	0,7	0,0	0,6	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1	0,0	98,5	100,0	12.896
1-2	63,5	59,8	1,2	0,1	14,0	4,1	35,4	3,0	2,0	0,1	3,7	1,3	2,2	0,2	36,5	100,0	21.465
3-4	65,7	61,0	7,8	0,3	14,0	4,7	28,6	4,2	1,3	0,0	4,7	1,4	2,7	0,6	34,3	100,0	9.053
5+	47,9	43,0	6,6	0,1	9,1	2,0	19,5	4,4	1,2	0,0	4,9	1,2	2,8	1,0	52,1	100,0	2.193
Kuintil Kekayaan																	
Terbawah	43,4	41,0	1,2	0,0	9,6	1,3	24,8	3,8	0,2	0,0	2,4	0,4	1,5	0,5	56,6	100,0	7.767
Menengah bawah	48,8	46,6	2,1	0,1	10,9	1,9	27,9	3,1	0,6	0,0	2,2	0,4	1,4	0,3	51,2	100,0	8.784
Menengah	47,6	44,9	2,3	0,2	10,3	2,0	26,2	2,7	1,1	0,0	2,7	0,8	1,8	0,2	52,4	100,0	9.243
Menengah atas	46,9	43,7	2,4	0,1	10,9	3,2	23,7	1,7	1,7	0,0	3,2	1,2	1,8	0,2	53,1	100,0	9.743
Teratas	41,7	37,7	3,9	0,1	8,3	5,8	15,8	1,3	2,6	0,1	4,0	1,8	2,1	0,2	58,3	100,0	10.071
Jumlah	45,7	42,7	2,4	0,1	10,0	3,0	23,5	2,4	1,3	0,0	3,0	1,0	1,7	0,3	54,3	100,0	45.607

Catatan : Jika lebih dari satu alat/cara KB yang dipakai, hanya yang alat/cara KB yang paling efektifyang dimasukkan dalam tabel.
MAL = Metode Amenore Laktasi
[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 7.8.2 Pemakaian kontrasepsi saat ini menurut karakteristik latar belakang: wanita berstatus kawin

Distribusi persentase wanita berstatus kawin umur 15-49 tahun menurut alat/cara KB yang dipakai masa kini dan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Suatu cara	Cara Modern: Suatu cara modern	Sterilisasi wanita	Sterilisasi Pria	Pil	IUD	Suntik	Susuk KB	Kondom	MAL	Cara Tradisional: Suatu cara tradisional	Pantang berkala	Sanggama terputus	Lainnya	Tidak pakai	Jumlah	Jumlah wanita
Daerah tempat tinggal																	
Perkotaan	62,1	57,0	4,0	0,2	13,9	5,1	28,6	2,3	2,9	0,1	5,1	1,9	2,8	0,3	37,9	100,0	16.466
Perdesaan	61,6	58,7	2,4	0,1	13,2	2,8	35,2	4,3	0,6	0,0	3,0	0,7	1,8	0,4	38,4	100,0	16.999
Pendidikan																	
Tidak sekolah	43,4	41,8	2,5	0,9	11,9	1,7	21,5	3,2	0,1	0,0	1,7	0,1	0,6	1,0	56,6	100,0	1.209
Tidak tamat SD	53,4	50,8	3,5	0,3	12,1	2,1	29,1	3,1	0,4	0,0	2,6	0,4	1,4	0,8	46,6	100,0	4.185
Tamat SD	65,7	63,7	2,7	0,1	15,8	2,7	37,5	4,3	0,6	0,0	2,0	0,4	1,4	0,2	34,3	100,0	9.045
Tidak tamat SMTA	67,4	63,9	2,7	0,0	15,0	3,0	38,2	3,5	1,5	0,1	3,5	0,9	2,4	0,3	32,6	100,0	7.912
Tamat SMTA	61,8	56,2	3,9	0,1	12,6	5,0	28,9	2,8	2,8	0,1	5,6	2,1	3,2	0,3	38,2	100,0	7.760
Perguruan Tinggi[1]	55,8	46,6	4,2	0,1	8,6	10,1	16,2	1,7	5,5	0,2	9,2	4,5	4,3	0,3	44,2	100,0	3.353
Jumlah anak masih hidup																	
0	6,5	6,2	0,0	0,0	3,0	0,0	2,8	0,0	0,3	0,0	0,3	0,1	0,1	0,1	93,5	100,0	2.737
1-2	67,1	63,2	1,2	0,1	14,8	4,2	37,5	3,1	2,1	0,1	3,9	1,4	2,3	0,2	32,9	100,0	20.236
3-4	69,7	64,6	8,0	0,3	14,9	4,9	30,5	4,4	1,4	0,0	5,1	1,5	2,9	0,6	30,3	100,0	8.474
5+	51,7	46,3	7,0	0,1	9,9	2,2	21,2	4,7	1,3	0,0	5,4	1,3	3,0	1,1	48,3	100,0	2.019
Indeks Kekayaan Kuintil																	
Terbawah	56,2	53,0	1,5	0,1	12,5	1,5	32,3	4,8	0,3	0,0	3,2	0,5	1,9	0,7	43,8	100,0	5.966
Menengah bawah	64,3	61,4	2,6	0,1	14,4	2,3	36,9	4,2	0,8	0,0	2,9	0,6	1,8	0,5	35,7	100,0	6.614
Menengah	63,9	60,2	3,1	0,2	13,9	2,7	35,2	3,7	1,5	0,1	3,6	1,1	2,4	0,2	36,1	100,0	6.864
Menengah atas	63,0	58,7	3,0	0,2	14,7	4,3	31,9	2,3	2,2	0,0	4,3	1,6	2,4	0,3	37,0	100,0	7.218
Teratas	61,3	55,4	5,6	0,1	12,2	8,4	23,3	1,9	3,8	0,1	5,9	2,6	3,1	0,2	38,7	100,0	6.803
Jumlah	61,9	57,9	3,2	0,2	13,6	3,9	31,9	3,3	1,8	0,0	4,0	1,3	2,3	0,4	38,1	100,0	33.465

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 7.8.2 juga menunjukkan penggunaan kontrasepsi secara umum meningkat menurut tingkat pendidikan responden, mencapai puncaknya pada wanita dengan pendidikan SMTA sebesar 67 persen, kemudian turun menjadi 47 persen pada wanita dengan pendidikan perguruan tinggi. Penggunaan metode kontrasepsi juga bervariasi menurut tingkat pendidikan. Suntikan KB merupakan metode yang paling populer pada semua kategori pendidikan wanita. IUD, kondom dan sterilisasi wanita lebih banyak digunakan oleh wanita berstatus kawin dengan tingkat pendidikan perguruan tinggi. Namun, mereka juga lebih banyak menggunakan metode tradisional. Pil dan susuk KB merupakan metode kontrasepsi yang paling banyak digunakan oleh wanita dengan tingkat pendidikan SD.

Penggunaan kontrasepsi meningkat menurut jumlah anak masih hidup yang dimiliki. Penggunaan metode kontrasepsi berkisar antara 7 persen di antara wanita yang belum memiliki anak sampai 70 persen di kalangan wanita dengan tiga atau empat anak masih hidup, kemudian turun menjadi 52 persen untuk wanita dengan lima anak masih hidup atau lebih. Metode kontrasepsi yang paling populer di antara wanita yang belum memiliki anak adalah suntikan KB dan pil (masing-masing 3 persen). Penggunaan suntikan KB meningkat secara substansial setelah memiliki anak pertama, puncaknya adalah 38 persen pada wanita dengan satu atau dua anak. Proporsi wanita yang menggunakan sterilisasi meningkat dari 1 persen untuk wanita dengan satu atau dua anak menjadi 8 persen untuk wanita dengan tiga atau empat anak.

Secara keseluruhan, perbedaan tingkat penggunaan kontrasepsi diantara kuintil kekayaan lebih kecil daripada perbedaan tingkat penggunaan kontrasepsi menurut tingkat pendidikan. Lima puluh enam persen wanita pada kuintil kekayaan terbawah menggunakan alat/cara KB dibandingkan dengan 64 persen wanita pada kuintil menengah bawah dan 61 persen pada kuintil teratas. Suntikan KB adalah metode kontrasepsi yang paling populer di semua kategori kuintil kekayaan. Sterilisasi wanita, IUD dan kondom lebih banyak digunakan oleh wanita berstatus kawin pada kuintil teratas, sementara susuk KB paling banyak digunakan oleh wanita pada kuintil terbawah.

Tabel Lampiran A-7.5.1 dan A-7.5.2 menyajikan distribusi persentase dari semua wanita dan wanita kawin umur 15-49 menurut metode kontrasepsi yang digunakan berdasarkan provinsi.

7.2.3 Tren Pemakaian Kontrasepsi menurut Karakteristik Latar Belakang

Tabel 7.9 dan Gambar 7.1 menunjukkan tren pemakaian alat/cara KB di antara wanita kawin umur 15-49 tahun untuk periode tahun 1991-2012. Temuan menunjukkan pemakaian alat/cara KB meningkat dari 50 persen pada SDKI 1991 menjadi 62 persen pada SDKI 2012. Sebagian besar peningkatan pemakaian alat/cara KB terjadi sebelum SDKI 2002-2003. Angka pemakaian alat/cara KB meningkat hampir 1 persen per tahun selama periode sebelas tahun antara SDKI 1991 dan SDKI 2002-2003. Selama satu dekade setelah SDKI 2002-2003, peningkatan pemakaian alat/cara KB kurang dari dua persen.

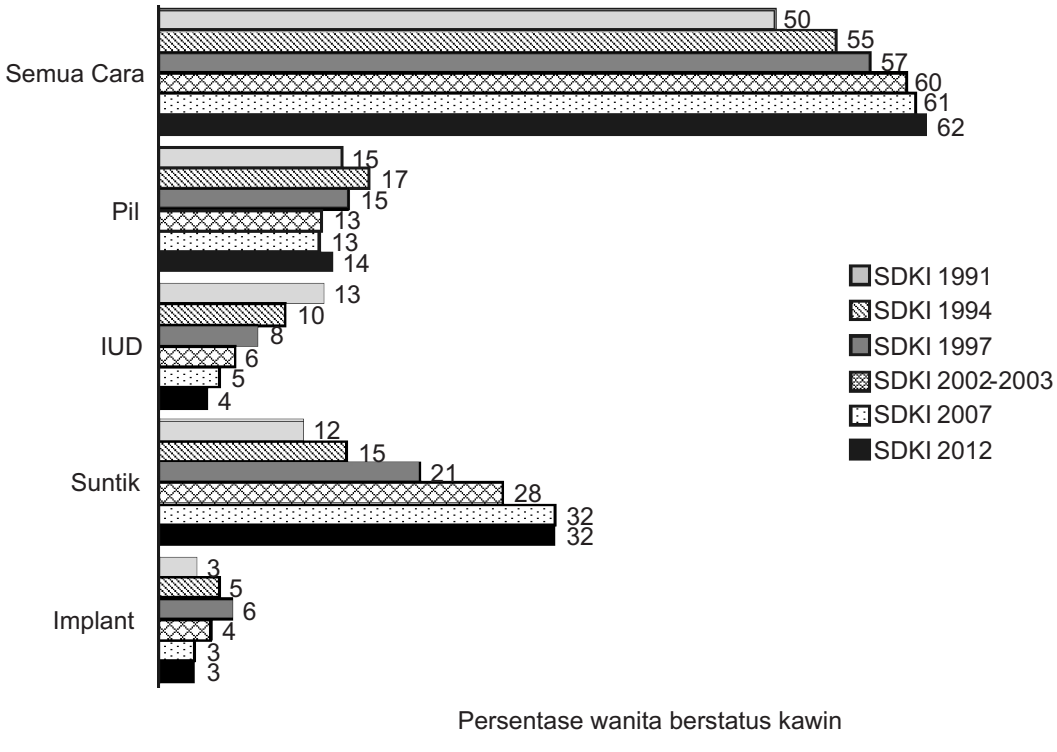
Tabel 7.9 Tren pemakaian alat/cara KB tertentu, Indonesia 1991-2012

Persentase wanita berstatus kawin umur 15-49 tahun yang saat ini memakai kontrasepsi cara tertentu, Indonesia 1991-2012

Alat/cara KB	SDKI 1991	SDKI 1994	SDKI 1997	SDKI 2002-2003	SDKI 2007	SDKI 2012
Suatu cara	49,7	54,7	57,4	60,3	61,4	61,9
Pil	14,8	17,1	15,4	13,2	13,2	13,6
IUD	13,3	10,3	8,1	6,2	4,9	3,9
Suntik	11,7	15,2	21,1	27,8	31,8	31,9
Kondom	0,8	0,9	0,7	0,9	1,3	1,8
Susuk KB	3,1	4,9	6,0	4,3	2,8	3,3
Sterilisasi Wanita	2,7	3,1	3,0	3,7	3,0	3,2
Sterilisasi Pria	0,6	0,7	0,4	0,4	0,2	0,2
Pantang berkala	1,1	1,1	1,1	1,6	1,5	1,3
Sanggama terputus	0,7	0,8	0,8	1,5	2,1	2,3
Lainnya	0,9	0,8	0,8	0,5	0,4	0,4
Jumlah wanita	21.109	26.186	26.886	27.857	30.931	33.465

Catatan : SDKI 2002-2003 tidak termasuk Provinsi Aceh, Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat, Sebelumnya (SDKI 1991, 1994, dan 1997) termasuk Timor Timur. Pada SDKI 1991, 1994, dan 1997 Jawa Barat termasuk Banten. Pada SDKI 2002-2003 Jawa Barat tidak termasuk Banten. SDKI 2007 dan 2012 meliputi 33 provinsi.

Gambar 7.1 Pemakaian Kontrasepsi Wanita Kawin Umur 15-49, SDKI 1991-SDKI 2012



Tabel 7.9 dan Gambar 7.1 juga menunjukkan perubahan secara substansial popularitas beberapa metode kontrasepsi modern. Penggunaan IUD terus menurun selama 20 tahun terakhir, dari 13 persen pada SDKI 1991 dan saat ini sebesar 4 persen. Di sisi lain, penggunaan suntikan KB meningkat secara substansial, dari 12 persen pada SDKI 1991 menjadi 32 persen pada SDKI 2012. Pil adalah metode modern yang paling banyak digunakan pada SDKI 1991 dan 1994, sedangkan suntikan KB merupakan metode kontrasepsi modern yang paling populer digunakan sejak SDKI 1997.

7.2.4 Waktu Operasi Sterilisasi

Mengingat sterilisasi wanita merupakan salah satu cara KB yang penting untuk mencegah kehamilan, terutama bagi wanita berisiko tinggi, program KB menyediakan informasi mengenai metode ini. Program KB juga memberikan pelayanan sterilisasi yang disesuaikan dengan umur dan status kesehatan wanita, dengan fokus pada wanita umur 30-35 tahun.

SDKI tahun 2012 mengumpulkan informasi dari wanita yang menggunakan metode sterilisasi pada umur berapa sterilisasi dilakukan. Ketika mengolah data usia sterilisasi, perlu dipertimbangkan masalah sensor. Mengingat survei hanya mencakup wanita kawin umur 15-49 tahun, data dari wanita umur 50 tahun ke atas yang menggunakan sterilisasi tidak tercakup.

Tabel 7.10 menyajikan distribusi persentase wanita berdasarkan umur pada saat sterilisasi dan lamanya tahun sejak dilakukan operasi. Median umur waktu sterilisasi adalah 33,8 tahun. Sebagian besar (82 persen) wanita disterilisasi pada umur 30 tahun atau lebih.

Tabel 7.10 Waktu sterilisasi

Distribusi persentase wanita umur 15-49 tahun yang disterilisisasi menurut umur pada waktu sterilisasi dan median umur saat sterilisasi menurut lamanya tahun sejak dilakukan operasi, Indonesia 2012

Lamanya tahun sejak operasi	Umur saat dilakukan sterilisasi						Jumlah	Jumlah wanita	Median umur[1]
	<25	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49			
<2	0,7	7,2	22,6	46,0	20,0	3,4	100,0	204	36,3
2-3	2,9	6,1	20,9	44,6	21,6	3,8	100,0	160	35,7
4-5	0,0	5,7	46,4	31,8	16,1	0,0	100,0	175	34,0
6-7	0,3	10,8	30,6	45,9	12,5	0,0	100,0	113	35,3
8-9	3,0	9,0	41,2	38,3	8,5	0,0	100,0	98	34,5
10+	15,5	23,5	40,8	20,2	0,0	0,0	100,0	365	-
Jumlah	5,9	12,7	34,5	34,5	11,3	1,2	100,0	1.115	33,8

[a] = Tidak hitung sehubungan dengan masalah "sensor"
[1] Umur median hanya dihitung hanya untuk wanita saat sterilisasi berumur kurang dari 40 tahun untuk menghindari permasalahan sensor

7.2.5 Sumber Pelayanan Kontrasepsi

Informasi yang berhubungan dengan sumber pelayanan kontrasepsi sangat penting bagi pengelola program KB, karena program KB saat ini diarahkan pada kemandirian dan peningkatan fungsi sektor swasta. Tabel 7.11 menunjukkan distribusi persentase pemakai alat/cara KB modern menurut sumber pelayanan kontrasepsi yang terakhir. Hasil SDKI 2012 menunjukkan pemakai kontrasepsi lebih banyak memanfaatkan jasa pelayanan sektor swasta daripada pemerintah (73 persen berbanding 23 persen). Pemanfaatan pelayanan kesehatan swasta meningkat dari 69 persen pada SDKI 2007 (BPS et.al., 2008) menjadi 73 persen pada SDKI 2012. Dengan demikian, proporsi pemakai alat/cara KB yang memanfaatkan sumber pelayanan kesehatan pemerintah turun dari 26 persen[1] pada tahun 2007 menjadi 22 persen pada tahun 2012.

[1] Termasuk pemakai alat/cara KB saat ini dalam SDKI 2007 yang melaporkan mendapatkan metode kontrasepsi dari rumah sakit pemerintah, pusat-pusat kesehatan pemerintah, klinik pemerintah, petugas lapangan KB, mobil unit pelayanan KB, klinik bersalin, pos kesehatan, pos KB dan sumber sektor publik lainnya. Klinik bersalin, pos kesehatan, dan pos KB diklasifikasikan sebagai sumber lain dalam laporan SDKI 2007.

Di antara sumber pelayanan swasta, bidan, bidan desa dan apotek/toko obat merupakan sumber pelayanan yang paling banyak digunakan (masing-masing 32 persen, 19 persen, dan 12 persen), sedangkan untuk sumber pelayanan pemerintah, Puskesmas adalah sumber utama untuk pelayanan alat/cara KB (13 persen) diikuti oleh rumah sakit pemerintah (4 persen). Empat persen pemakai alat/cara KB memperoleh metode kontrasepsi dari sumber lain seperti toko/warung dan teman/keluarga.

Tabel 7.11 Sumber pelayan alat/cara KB modern

Disribusi persentase pemakaian alat/cara KB modern pada wanita kawin umur 15-49 tahun berdasarkan tempat terbanyak untuk mendapatkan alat/cara KB, Indonesia 2012

Sumber	Setrilisasi wanita	Sterilisasi Pria	Pil	IUD	Suntik	Susuk KB	Kondom	Jumlah
Pemerintah	57,4	84,4	18,7	40,0	16,5	59,4	5,1	23,3
Rumah Sakit Pemerintah	54,3	53,6	0,2	10,1	0,4	2,8	0,0	4,4
Puskesmas	1,4	25,5	7,9	27,6	11,9	46,1	1,9	13,2
Klinik Pemerintah	1,3	1,1	0,1	0,8	0,2	1,0	0,0	0,3
Petugas Lapangan KB	0,0	0,0	2,5	0,3	0,1	0,9	0,9	0,7
TKBK/TMK/MUYAN	0,1	1,7	0,1	0,1	0,1	0,6	0,0	0,1
POSKESDES	0,0	0,0	0,4	0,1	0,9	1,2	0,0	0,7
POLINDES	0,0	0,0	0,8	0,4	2,0	2,1	0,2	1,5
POSYANDU	0,0	0,0	4,7	0,3	0,9	1,4	2,1	1,8
POS KB/PPKBD	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,5	0,0	0,4
Lainnya	0,5	2,5	0,7	0,3	0,0	2,9	0,0	0,4
Swasta	41,4	15,6	68,2	59,4	83,1	37,3	81,1	72,7
Rumah Sakit swasta	28,8	6,6	0,1	6,5	0,3	0,8	0,0	2,3
Klinik swasta	1,2	0,0	0,9	3,3	2,3	1,2	0,2	1,9
Dokter Umum Praktik	0,5	7,4	0,5	0,4	2,0	0,6	0,2	1,3
Bidan	0,0	0,0	14,8	30,0	45,7	16,7	2,4	31,7
Bidan di desa	0,0	0,0	10,3	5,7	26,9	15,4	0,9	18,5
Apotek/Toko Obat	0,0	0,0	39,4	0,0	0,2	0,0	77,0	11,6
Rumah Sakit Bersalin	7,2	0,0	0,1	2,6	0,2	0,3	0,0	0,8
Rumah Bersalin	0,9	0,0	0,1	0,2	0,2	0,0	0,0	0,2
Dokter Kandungan Praktik	1,5	1,6	0,1	9,2	0,3	0,2	0,2	0,9
Perawat	0,0	0,0	1,7	1,1	4,8	1,5	0,1	3,2
Pelayanan Keliling swasta	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lainnya	1,2	0,0	0,4	0,4	0,2	0,5	0,1	0,3
Lainnya	0,0	0,0	10,4	0,2	0,1	0,0	13,0	3,8
Teman/keluarga	0,0	0,0	0,9	0,2	0,1	0,0	0,4	0,3
Toko/warung	0,0	0,0	9,5	0,0	0,0	0,0	12,7	2,6
Lainnya	1,1	0,0	2,4	0,2	0,1	2,9	0,6	0,9
Jumlah	100,0	100,0	99,7	99,9	99,9	99,6	99,9	99,8
Jumlah Wanita	1.115	52	4.546	1.353	10.695	1.115	591	19.468

Catatan : Jumlah termasuk alat/cara KB lainnya, tetapi tidak termasuk MAL

Tempat pelayanan KB bervariasi menurut jenis alat/cara kontrasepsi yang digunakan. Satu dari dua wanita yang disterilisasi mendapatkan pelayanan operasinya di rumah sakit pemerintah. Lima puluh sembilan persen pemasangan implan dilakukan di tempat pelayanan pemerintah, terbanyak di Puskesmas (46 persen). Enam puluh delapan persen pemakai pil memperoleh pil dari fasilitas swasta; 39 persen dari apotek atau toko obat, 15 persen dari bidan, dan 10 persen dari bidan di desa. Delapan puluh tiga persen suntikan KB juga diperoleh dari tempat pelayanan swasta, terutama bidan (46 persen) dan bidan di desa (27 persen). Demikian pula sebagian besar pemakai IUD memperoleh pelayan di fasilitas swasta; 30 persen dari bidan. Lebih dari delapan dari sepulu pemakai kondom memperoleh kondom dari fasilitas swasta, terutama apotek dan toko obat (77 persen).

7.2.6 Pemilihan Alat/Cara KB Berdasarkan Informasi yang Diterima (Informed Choice)

Informed choice merupakan alat ukur untuk memonitor kualitas pelayanan program KB. Petugas yang memberikan pelayanan kontrasepsi wajib menginformasikan efek samping yang mungkin timbul dari setiap alat/cara KB dan apa yang harus dilakukan jika mengalami efek samping. Informasi ini akan membantu dalam mengatasi efek samping dan mengurangi tingkat putus pakai. Pelaksana pelayanan sterilisasi harus memberi tahu kepada calon pemakai bahwa mereka tidak akan dapat memiliki anak lagi setelah disterilisasi, dan kepada mereka juga harus diinformasikan pilihan alat/cara KB yang lain. Para pemakai alat/cara KB lainnya juga harus diberi informasi pilihan alat/cara KB yang lain.

Tabel 7.12 menunjukkan di antara pemakai kontrasepsi modern yang menggunakan cara tersebut selama lima tahun sebelum survei, persentase yang diberi informasi efek samping dari alat/cara KB yang dipilih, persentase yang diberitahu apa yang harus dilakukan jika mengalami efek samping, dan persentase yang diberi informasi mengenai metode kontrasepsi lainnya, menurut alat/cara KB yang digunakan, sumber pelayanan kontrasepsi, dan latar belakang karakteristik. Sebagian besar peserta KB tidak diberi

Tabel 7.12 *Informed choice*

Di antara wanita umur 15-49 tahun yang memakai alat/cara KB modern yang menggunakan metode tersebut dalam kurun waktu lima tahun terakhir, persentase yang diberi informasi kemungkinan efek samping, tindakan yang dilakukan untuk mengatasi efek samping, dan persentase yang sudah diberitahu tentang metode lain yang dapat digunakan, menurut metode, sumber mendapatkan kontrasepsi, dan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Metode, sumber pelayanan dan karaktersitik latar belakang	Di antara wanita yang memakai kontrasepsi modern dalam kurun waktu 5 tahun sebelum survei			
	Persentase yang diberitahu tentang efek samping atau masalah dari metode yang dipakai	Persentase yang diberitahu tenang tindakan untuk mengatasi efek samping	Persentase yang diberitahu metode lain yang bisa dipakai	Jumlah wanita
Metode				
Sterilisasi wanita	35,3	29,9	42,3	441
Pil	27,8	23,9	48,4	3.072
IUD	56,1	52,7	56,7	681
Suntik	38,1	29,0	52,7	7.585
Susuk KB	38,1	33,5	49,7	896
Sumber mendapatkan alat/cara KB [1]				
PEMERINTAH	34,3	30,0	51,5	2.770
Rumah Sakit Pemerintah	37,9	32,7	50,3	348
PUSKESMAS	35,6	30,9	51,6	1.728
Klinik Pemerintah	(37,5)	(37,5	(58,3)	30
Petugas Lapangan KB	21,0	20,4	47,2	111
TKBK/TMK/MUYAN	*	*	*	8
POSKESDES	40,9	32,5	64,2	117
POLINDES	35,1	30,2	51,3	189
POSYANDU	22,9	21,0	53,0	194
POS KB/PPKBD	(15,2)	(22,2)	(27,1)	43
Lainnya	*	*	*	2
SWASTA	38,5	30,5	52,7	9.120
Rumah Sakit	49,5	44,3	49,7	262
Klinik	43,4	35,1	50,5	247
Dokter umum Praktik	49,9	42,4	57,5	267
Bidan	41,5	33,2	56,4	4.610
Bidan di desa	35,5	25,0	50,4	2.562
Apotek/took obat	26,4	24,9	43,9	1.113
Rumah Sakit Bersalin	(26,3)	(24,5)	(30,3)	45
Rumah Bersalin	*	*	*	2
Dokter Spesialis Praktik	*	*	*	5
Lainnya	*	*	*	7
LAINNYA	11,9	9,4	21,3	256
Teman/keluarga	(14,8)	(16,4)	(53,0)	24
Toko/warung	11,6	8,7	17,9	232
Lainnyar	24,4	18,0	41,1	447
Daerah tempat tinggal				
Perkotaan	41,0	33,5	55,3	6.029
Perdesaan	32,4	25,6	47,7	6.645
Pendidikan				
Tidak sekolah	23,8	18,5	36,2	199
Tidak tamat SD	23,7	19,2	36,8	1.130
Tamat SD	29,5	23,2	46,4	3.574
Tidak tamat SMTA	35,8	28,2	50,7	3.596
Tamat SMTA	44,7	35,9	59,5	3.161
Perguruan Tinggi[2]	54,2	48,6	64,5	1.015
Kuintil Kekayaan				
Terbawah	25,2	21,1	44,0	2.304
Menengah bawah	32,0	24,5	46,5	2.669
Menengah	36,4	27,4	51,0	2.722
Menengah atas	39,4	33,2	55,1	2.760
Teratas	50,0	41,5	60,3	2.219
Jumlah	36,5	29,4	51,3	12.675

Catatan: Data pada tabel untuk pemakai yang terdaftar secara individu. Angka dalam kurung berdasarkan 25-49 kasus belum tertimbang. Tanda bintang adalah estimasi berdasarkan kurang dari 25 kasus.
[1] Sumber pada saat pemakaian kontrasepsi masa kini
[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

informasi yang diperlukan pada saat akan memilih jenis kontrasepsi yang akan digunakan. Sekitar satu dari tiga peserta KB (37 persen) diberi informasi kemungkinan efek samping dari alat kontrasepsi yang mereka pilih, dan 29 persen diberi informasi mengenai tindakan yang perlu diambil jika terjadi efek samping. Lebih dari setengah peserta KB diberi tahu mengenai alat/cara KB yang lain yang dapat mereka gunakan.

Pemakai pil paling sedikit menerima informasi kemungkinan efek samping dan apa yang harus dilakukan apabila terjadi masalah (masing-masing 28 persen dan 24 persen). Pemakai IUD adalah pemakai yang paling banyak menerima informasi kemungkinan efek samping dan apa yang harus dilakukan apabila terjadi masalah (masing-masing 56 persen dan 53 persen). Pemakai IUD juga merupakan mayoritas yang diberikan informasi mengenai pilihan metode lain (57 persen). Wanita yang disterilisasi paling sedikit menerima informasi tentang metode lain (42 persen)

Data pada Tabel 7.12 juga memberikan gambaran sejauh mana berbagai tempat pelayanan memberikan informasi yang dibutuhkan calon peserta KB agar dapat menentukan kontrasepsi yang akan dipakai. Secara umum, tidak banyak perbedaan antara fasilitas pelayanan pemerintah dan swasta dalam 3 aspek yang berkaitan dengan *informed choice*.

Tempat tinggal, tingkat pendidikan, dan status kekayaan peserta KB berhubungan dengan akses mereka terhadap informasi KB sehingga dapat menentukan kontrasepsi yang akan digunakan berdasarkan informasi tersebut (*informed choice*). Peserta KB di perkotaan lebih banyak mendapat informasi daripada yang di perdesaan. Persentase peserta KB yang menerima informasi tentang efek samping, apa yang harus dilakukan bila terjadi efek samping, dan pilihan metode lain meningkat seiring tingkat pendidikan dan status kekayaan wanita. Sebagai contoh, 25 persen peserta KB pada kuintil terbawah yang mendapat informasi tentang efek samping dibandingkan dengan 50 persen pada kuintil teratas. Dua puluh satu persen peserta KB pada kuintil terbawah yang mendapat informasi apa yang harus dilakukan jika timbul efek samping dibandingkan dengan 42 persen pada kuintil teratas.

7.2.7 Kualitas Pemakaian Pil

Mengingat pil merupakan salah satu metode modern yang paling banyak digunakan di Indonesia, maka penting bagi pengelola program KB untuk mengetahui apakah pemakai pil telah menggunakannya dengan benar. Untuk mengetahui kualitas pemakaian pilm SDKI tahun 2012 mengajukan serangkaian pertanyaan kepada pemakai pil tentang jenis pil yang digunakan, ketersediaan pil di rumah, dan kapan terakhir kali minum pil. Informasi ini disajikan pada Tabel 7.13.

Secara keseluruhan, 99 persen pemakai pil dapat menunjukkan kemasan pil kepada pewawancara. Sebagian besar (92 persen) memakai pil kombinasi dan 3 persen menggunakan kontrasepsi pil tunggal yang hanya mengandung progestin. Delapan puluh lima persen minum pil sesuai urutan dan kurang dari dua hari sebelum wawancara. Pola serupa terlihat pada berbagai karakteristik latar belakang.

Tabel Lampiran A-7.6 menunjukkan variasi dalam kualitas kepatuhan pemakaian pil menurut provinsi.

Tabel 7.13 Kualitas pemakai pil

Persentase wanita umur 15-49 tahun yang menggunakan pil; yang memilik dan dapat menunjukkan kemasan pil, menurut jenis pil dan persentase pemakai pil menurut kualitas pil, menurut karakeristik latar belakang, Indonesia 2012

			Mampu memperlihatkan kemasan pil							Kualitas pemakai pil:		
Karakteritik latar belakang	Persen pemakai pil	Wanita berstatus kawin	Kombinasi[1]	Tunggal	Lainnya	Kemasan tidak ada	Tidak terjawab	Jumlah	Jumlah wanita yang memiliki kemasan pil	Minum pil sesuai urutan	Minum pil < 2 hari yang lalu	Jumlah pemakai pil
Umur												
15-19	9,2	890	91,6	6,8	1,2	0,3	0,0	100,0	74	90,1	85,8	82
20-24	10,9	3.754	92,1	4,0	2,0	1,8	0,1	100,0	377	82,1	81,2	411
25-29	13,0	6.000	92,9	3,2	2,4	0,9	0,5	100,0	740	84,2	88,5	780
30-34	14,7	6.285	91,4	4,5	2,4	1,7	0,0	100,0	877	85,3	84,9	922
35-39	15,6	6.331	94,4	2,2	2,2	0,6	0,6	100,0	937	86,5	88,6	986
40-44	15,4	5.572	90,9	3,0	4,7	1,0	0,4	100,0	820	85,0	83,6	858
45-49	10,9	4.633	91,0	3,5	3,0	1,8	0,8	100,0	485	85,8	77,8	507
Daerah tempat tinggal												
Perkotaan	13,9	16.466	92,7	4,0	2,4	0,9	0,1	100,0	2.184	85,9	86,2	2.293
Perdesaan	13,3	16.999	91,8	2,7	3,2	1,5	0,8	100,0	2.127	84,5	83,7	2.253
Pendidikan												
Tidak sekolah	11,9	1.209	92,5	3,7	3,2	0,7	0,0	100,0	136	90,1	86,3	144
Tidak tamat SD	12,1	4.185	93,3	1,6	2,9	1,4	0,8	100,0	481	84,4	84,8	508
Tamat SD	15,8	9.045	92,1	3,3	3,0	0,9	0,6	100,0	1.337	83,9	83,4	1.432
Tidak tamat SMTA	15,1	7.912	91,8	2,9	4,0	1,0	0,3	100,0	1.142	85,9	86,2	1.191
Tamat SMTA	12,7	7.760	92,5	4,3	1,5	1,6	0,2	100,0	938	86,5	86,6	983
Perguruan Tinggi [2]	8,6	3.353	91,8	5,2	1,3	1,8	0,0	100,0	277	82,5	81,8	288
Kuintil Kekayaan												
Terbawah	12,6	5.966	93,1	2,8	2,1	1,5	0,5	100,0	689	84,7	84,7	749
Menengah bawah	14,4	6.614	93,6	2,9	2,5	0,6	0,4	100,0	888	82,5	84,9	954
Menengah	13,9	6.864	89,9	4,0	3,3	1,8	1,0	100,0	918	84,4	83,4	951
Menengah atas	14,7	7.218	92,5	3,3	3,8	0,3	0,0	100,0	1.022	88,1	86,8	1.061
Teratas	12,2	6.803	92,3	3,7	1,9	2,0	0,1	100,0	794	85,8	84,7	831
Jumlah	13,6	33.465	92,2	3,4	2,8	1,2	0,4	100,0	4.311	85,2	85,0	4.546

Catatan : Data pada tabel tidak termasuk pemakai pil yang tidak tahu merek pil. Jumlah kasus termasuk wanita belum kawin
[1] Merek pil kombinasi termasuk Andalan, Diane, Pilkab, Lyndiol, Microdyol, Mycrogynon, Microlut, Planak, Trinordiol 21/Trinordiol 28, Yasmin
[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

7.2.8 Kualitas Pemakaian Suntikan

Pada SDKI 2012, wanita yang menggunakan suntikan ditanya apakah mereka menggunakan suntikan satu bulan atau tiga bulan. Berdasarkan jawaban mereka, pemakai suntikan ditanya berapa minggu lalu mereka menerima suntikan terakhir. Tujuan dari pertanyaan ini untuk mengetahui kualitas pemakaian metode kontrasepsi suntikan. Tabel 7.14 menunjukkan 96 persen pemakai suntikan satu bulan menerima suntikan yang terakhir dalam empat minggu sebelum sebelum survei, dan 97 persen pemakai suntikan tiga bulan menerima suntikan terakhir dalam tiga bulan terakhir sebelum survei.

Tabel Lampiran A-7.7 menunjukkan variasi dalam kualitas penggunaan suntikan menurut provinsi.

Tabel 7.14 Kualitas Pemakaian Suntikan

Persentase wanita pemakai suntikan 1 bulan yang disuntik dalam 4 minggu terakhirdan persentase wanita pemakai suntikan 3 bulan yang disuntik dalam 3 bulan terakhir, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Persentase pemakai suntikan 1 bulan yang disuntik dalam 4 minggu terakhir	Jumlah pemakai suntikan	Persentase pemakai suntikan 3 bulan yang disuntik dalam 3 bulan terakhir	Jumlah pemakai suntikan
Umur				
15-19	(98,5)	32	97,5	305
20-24	96,4	249	98,1	1.357
25-29	97,8	387	98,2	1.990
30-34	98,1	297	97,5	1.950
35-39	95,3	236	95,9	1.792
40-44	93,5	162	96,1	1.309
45-49	(78,3)	50	94,3	579
Daerah Tempat Tinggal				
Perkotaan	96,6	929	96,9	3.776
Perdesaan	95,0	484	97,1	5.506
Pendidikan				
Tidak sekolah	*	1	93,0	259
Tidak tamat SD	96,4	55	94,8	1.170
Tamat SD	93,2	202	97,6	3.188
Tidak tamat SMTA	97,1	423	97,1	2.606
Tamat SMTA	98,1	530	98,1	1.718
Perguruan Tinggi[1]	91,0	203	96,8	341
Kuintil Kekayaan				
Terbawah	96,9	63	96,9	1.866
Menengah bawah	94,2	172	96,7	2.278
Menengah	96,9	262	97,3	2.161
Menengah atas	96,2	452	97,3	1.854
Teratas	95,9	466	96,9	1.122
Jumlah	96,0	1.414	97,0	9.282

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

7.2.9 Masalah Dengan Kontrasepsi yang Sedang Dipakai Saat ini

Dalam SDKI 2012, semua pemakai kontrasepsi ditanyakan apakah mereka pernah mengalami masalah kesehatan dengan metode yang mereka pakai. Tabel 7.15 menunjukkan sebagian besar (lebih dari 89 persen) pemakai kontrasepsi modern (pil, IUD, suntikan, dan implan) tidak mengalami masalah kesehatan berkaitan dengan pemakaian kontrasepsi tersebut. Masalah yang paling umum dilaporkan oleh pemakai pil adalah sakit kepala (2 persen). Tiga persen pemakai kontrasepsi suntikan tercatat tidak haid, berat badan naik (3 persen), dan sakit kepala (2 persen). Pemakai implan juga menyatakan tidak haid (2 persen), berat badan naik (2 persen), dan sakit kepala (2 persen) sebagai akibat dari metode yang digunakan.

Tabel 7.15 Masalah dengan pemakaian kontrasepsi yang sedang dipakai saat ini

Distribusi persentase pemakai kontrasepsi yang mengalami masalah kesehatan menurut alat/cara, Indonesia 2012

Masalah	Pil	IUD	Suntikan	Susuk KB
Tidak ada	94,5	94,5	89,3	89,4
Berat badan naik	0,7	0,6	2,7	1,6
Berat badan turun	0,0	0,0	0,2	0,2
Perdarahan	0,3	0,8	0,3	0,3
Hipertensi	0,2	0,0	0,1	0,1
Pusing, sakit kepala	2,0	0,0	2,3	1,5
Mual	1,2	0,0	0,2	0,0
Tidak haid	0,2	0,0	2,9	2,2
Lemah/letih	0,0	0,1	0,2	0,2
Lainnya	0,7	3,8	1,7	4,0
Tidak tahu	0,0	0,1	0,0	0,4
Tidak menjawab	0,1	0,0	0,1	0,2
Jumlah	100 ,0	100,0	100,0	100,0
Jumlah wanita	4.546	1.353	10.695	1.115

7.2.10 Biaya Pemakaian Kontrasepsi

Program Keluarga Berencana di Indonesia dilaksanakan oleh pemerintah dengan partisipasi aktif masyarakat dan sektor swasta. Salah satu indikator dari keinginan wanita untuk menggunakan kontrasepsi adalah kemandirian, diukur berdasarkan proporsi pemakai alat/cara KB yang membayar untuk pelayanan yang mereka terima. Pada SDKI 2012 kepada pemakai kontrasepsi ditanyakan di mana mereka memperoleh metode kontrasepsi yang terakhir dipakai, dan berapa biaya yang dikeluarkan untuk alat/cara kontrasepsi dan untuk pelayanannya. Hasilnya disajikan dalam Tabel 7.16 dan Tabel 7.17.

Tabel 7.16 menunjukkan 23 persen dari semua pemakai kontrasepsi memperoleh cara atau alat kontrasepsi dari tempat pelayanan pemerintah, dan sebagian besar dari mereka (16 persen) membayar untuk alat kontrasepsi dan jasa pelayanannya. Tujuh puluh tiga persen pemakai alat/cara kontrasepsi memperoleh dari fasilitas pelayanan swasta, dan kebanyakan dari mereka (70 persen) membayar. Hampir semua pemakai kontrasepsi membayar untuk alat kontrasepsi dan jasa. Secara keseluruhan, 89 persen pemakai kontrasepsi membayar untuk metode kontrasepsi mereka. Kemandirian pemakaian kontrasepsi menurut SDKI 2012 dua persen lebih rendah dibandingkan dengan SDKI 2007 (masing-masing 89 persen dan 91 persen)

Pemakai kontrasepsi suntikan, pil dan kondom cenderung membayar dalam mendapatkan alat/obat kontrasepsinya (masing-masing 96 persen , 95 persen dan 95 persen) dibandingkan pemakai alat/cara kontrasepsi lain. Dua per tiga dari pemakai IUD, 62 persen pemakai sterilisasi pada wanita dan 55 persen dari pemakai implan membayar untuk mendapatkan alat/metode kontrasepsinya. Wanita yang suaminya disterilisasi paling sedikit membayar metode kontrasepsinya.

Tabel 7.16 Pembayaran untuk alat/cara kontrasepsi dan jasa pelayanan

Distribusi persentase wanita kawin yang memakai kontrasepsi menurut jenis kontrasepsi, sumber mendapatkan kontrasepsi secara gratis atau membayar, Indonesia 2012

	Pemerintah		Swasta		Lainnya			
Metode	Gratis	Bayar	Gratis	Bayar	Gratis	Bayar	Jumlah	Jumlah wanita
Sterilisasi wanita	27,9	30,9	9,5	30,6	0,6	0,5	100,0	1.081
Sterilisasi pria	84,4	0,0	3,0	12,7	0,0	0,0	100,0	52
Pil	3,7	15,1	1,4	66,8	0,5	12,6	100,0	4.539
IUD	23,4	16,4	9,1	50,5	0,4	0,2	100,0	1.343
Suntikan	2,6	13,9	1,3	81,8	0,0	0,4	100,0	10.676
Susuk KB	33,4	26,0	9,1	28,2	2,7	0,6	100,0	1.110
Kondom	2,7	2,6	2,0	78,6	0,4	13,8	100,0	575
Jumlah	7,7	15,6	2,8	69,9	0,4	3,6	100,0	19.376

Catatan : Tidak termasuk kasus yang menjawab “tidak tahu” dan “tidak terjawab” (11 dan 85 kasus tertimbang). Angka dalam kurung berdasarkan 25-49 kasus tidak tertimbang.

Tabel 7.17 menunjukkan persentase pemakai kontrasepsi mendapatkan alat kontrasepsi secara gratis, mereka yang membayar, dan biaya rata-rata dalam rupiah, menurut tempat mendapatkan pelayanan. Secara keseluruhan, SDKI 2012 menunjukkan bahwa wanita yang mendapatkan pelayanan pada fasilitas pemerintah lebih banyak yang mendapatkan pelayanan gratis (33 persen) dibandingkan mereka yang menggunakan fasiltas pelayanan swasta (4 persen) atau sumber lain (9 persen).

Besarnya biaya sangat bervariasi menurut metode dan sumber pelayanan. Sterilisasi wanita merupakan metode yang paling mahal, sedangkan pil yang termurah. Biaya pelayanan KB di jalur pemerintah lebih rendah dibandingkan dengan pelayanan di jalur swasta. Sebagai contoh, biaya untuk suntikan Rp.18.000 di fasilitas pelayanan swasta dibandingkan dengan Rp.17.000 di fasilitas pelayanan pemerintah. Harga pil pada fasilitas swasta dua kali lebis besar dari harga di fasilitas pemerintah (masing-masing Rp. 10.000 dan Rp. 5.000). Biaya untuk IUD di fasilitas swasta sebesar Rp 278,000, dibandingkan dengan Rp. 126.000 di fasilitas pemerintah. Biaya sterilisasi wanita di fasilitas pelayanan swasta Rp. 2.859.000, dibandingkan dengan Rp.1.560.000 di fasilitas pelayanan pemerintah.

Tabel 7.17 Biaya rata-rata alat/cara KB dan pelayanan

Persentase pemakai kontrasepsi modern yang memperoleh kontrasepsi dengan tidak membayar dan ratarata biaya alat/metode termasuk pelayanan (dalam 1.000 rupiah) bagi mereka yang membayar menurut alat/cara KBdan tempat mendapatkan pelayanan, Indonesia 2012

	Pemerintah			Swasta			Lainnya		
Metode	Gratis	Biaya rata-rata (Rp.000)	Jumlah pemakai	Gratis	Biaya Rata-rata (Rp.000)	Jumlah pemakai	Gratis	Biaya rata-rata (Rp.000)	Jumlah pemakai
Sterilisasi wanita	47,5	1.506	636	23,6	2.859	433	55,0	279	13
Steriliasasi Pria	100,0	-	44	*	*	8	na	na	0
Pil	19,7	5	850	2,0	10	3.094	3,7	4	594
IUD	58,9	126	534	15,3	278	800	69,6	241	8
Suntik	15,6	17	1.761	1,6	18	8.873	10,1	16	42
Susuk KB	56,2	85	660	24,4	145	414	81,9	50	36
Kondom	51,1	6	30	2,5	13	463	2,8	14	81
Jumlah	33,0	193	4.515	3,9	102	14.086	9,2	10	775

Catatan: Tidak termasuk kasus yang menjawab “tidak tahu” dan “tidak terjawab” (11 dan 85 kasus tertimbang). Angka dalam kurung berdasarkan 25-49 kasus belum tertimbang. Tanda bintang adalah estimasi berdasarkan kurang dari 25 kasus.
na = tidak berlaku

7.3 TIDAK PAKAI DAN KEINGINAN UNTUK PAKAI KONTRASEPSI DI MASA MENDATANG

7.3.1 Tingkat Putus Pakai

Jumlah wanita yang menggunakan metode kontrasepsi pada suatu waktu tertentu serta kelangsungan pemakaian kontrasepsi berdampak pada efektifitas suatu metode kontrasepsi untuk mencegah terjadinya kehamilan yang tidak diinginkan. Peningkatan kualitas pelayanan keluarga berencana di Indonesia harus fokus dalam menjaga kelangsungan pemakaian metode kontrasepsi. Indikator penting untuk mengukur kualitas pemakaian kontrasepsi adalah angka putus pakai metode kontraepsi.

Tabel 7.18 menyajikan tingkat ketidaklangsungan pemakaian metode kontrasepsi di antara wanita umur 15-49 tahun dalam 12 bulan terakhir sebelum survei dilakukan. Angka ini diperoleh berdasarkan informasi yang dikumpulkan pada bagian kalender dalam kuesioner individu wanita SDKI 2012. Analisisnya mencakup seluruh episode pemakaian kontrasepsi 3-62 bulan sebelum tanggal wawancara dilaksanakan. Penghentian pemakaian kontrasepsi dalam dua bulan sebelum wawancara dikeluarkan untuk menghindari bias yang mungkin disebabkan oleh kehamilan yang belum diketahui.

Hasil pada tabel 7.18 merupakan proporsi pengguna kontrasepsi yang menghentikan pemakaian dalam satu tahun setelah mulai menggunakan kontrasepsi.Tingkat putus pakai per-bulan dihitung dengan membagi jumlah putus pakai kontrasepsi pada masing-masing durasi pemakaian setiap bulan dengan jumlah seluruh bulan pemakaian.Angka putus pakai setiap bulan kemudian dihitung secara kumulatif untuk mendapatkan angka satu tahun.Untuk setiap penghentian pemakaian hanya ada satu alasan berhenti memakai kontrasepsi yang diperhitungkan.

Selain itu, Tabel 7.18 juga memberikan informasi tingkat ganti cara (*switching*). Seorang wanita dikatakan telah ganti cara ke metode lain apabila ia menggunakan metode yang berbeda setelah putus pakai, atau ia menyatakan “ingin metode yang lebih efektif” sebagai alasan putus pakai dan mulai menggunakan metode yang berbeda dalam jangka waktu dua bulan setelah putus pakai.

Secara umum, 27 persen wanita yang memulai episode pemakaian kontrasepsi dalam lima tahun sebelum survey menghentikan pemakaian kontrasepsi dalam jangka waktu 12 bulan setelah memulai pemakaian kontrasepsi. Tingkat putus pakai lebih tinggi pada pil (41 persen), kondom (31 persen), dan suntikan (25 persen) dibandingkan dengan metode jangka panjang seperti IUD (6 persen) dan implant (8 persen). Tabel 7.18 juga menunjukkan tingkat ganti cara sebesar 13 persen untuk semua metode kontrasepsi. Tingkat ganti cara paling tinggi terjadi pada pemakai pil dan kondom (masing-masing 20 persen dan 18 persen).

Tabel 7.18 Tingkat putus pakai kontrasepsi

Di antara wanita umur 15-49 tahun yang memulai episode penggunaan kontrasepsi dalam lima tahun sebelum survei, persentase episode dihentikan dalam waktu 12 bulan, menurut alasan untuk penghentian dan metode tertentu, Indonesia 2012

Alat/Cara KB	Metode gagal	Ingin hamil	Alasan lain[1]	Efek samping/masalah kesehatan	Ingin metode yang lebih efektif	Alasan cara KB[2]	Alasan lainnya	Semua alasan[3]	Ganti cara[4]	Jumlah segmen pemakaian alat/cara KB[5]
Sterilisasi wanita	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	454
Pil	3,2	8,3	3,0	13,2	3,7	2,0	7,4	40,7	19,6	9.634
IUD	0,2	1,0	0,3	2,8	0,0	0,5	1,0	5,7	3,1	886
Suntik	0,4	4,4	3,4	9,8	1,0	1,4	4,2	24,7	12,0	16.915
Susuk KB	0,2	0,7	0,6	4,6	0,0	0,4	1,4	7,9	4,3	1.243
Kondom pria	2,1	8,1	0,5	3,3	7,1	6,3	3,7	31,2	18,3	1.007
Pantang berkala	4,6	4,2	0,5	1,3	2,6	0,4	6,3	19,9	6,9	538
Sanggama terputus	5,5	4,8	0,8	2,8	2,6	1,4	4,8	22,8	7,4	1.037
Lainnya[1]	5,5	0,3	0,0	0,8	3,7	2,7	0,9	13,8	4,8	119
Semua cara	1,5	5,1	2,7	9,4	1,9	1,6	4,9	27,1	13,0	31.970

Catatan: Angka pada tabel berdasarkan perhitungan *life table* menggunakan informasi tentang episode pemakaian kontrasepsi yang dimulai 3-62 bulan sebelum survei.

[1] Termasuk jarang berhubungan seks/suami pergi, sulit untuk hamil/menopause, dan bercerai/berpisah

[2] Termasuk akses terbatas/terlalu jauh, terlalu mahal, dan tidak nyaman digunakan

[3] Alasan putus pakai alat/cara KB saling bebas dan menambahkan pada jumlah yang ada pada total kolom

[4] Episode pemakaian alat/cara KB yang termasuk dalam kolom adalah subset dari episode pemakaian yang dihentikan termasuk tingkat penghentian. Seorang wanita dianggap telah beralih ke metode lain jika dia menggunakan metode yang berbeda pada bulan setelah penghentian atau jika dia memberi alasan "ingin metode yang lebih efektif" sebagai alasan untuk penghentian dan mulai metode lain dalam waktu dua bulan setelah penghentian.

[5] Jumlah episode pemakaian alat/cara KB meliputi episode pemakaian yang dihentikan selama periode pengamatan dan episode pemakaian yang tidak dihentikan selama periode pengamatan.

7.3.2 Alasan Putus Pakai Metode Kontrasepsi

Perspekif lainnya tentang putus pakai metode kontrasepsi disajikan pada tabel 7.19. Tabel ini menunjukkan distribusi persentase putus pakai metode kontrasepsi dalam lima tahun sebelum survei berdasarkan alasan utama untuk penghentian, menurut metode tertentu. Alasan utama untuk menghentikan pemakaian suatu metode kontrasepsi adalah keinginan untuk hamil (29 persen). Alasan berikutnya adalah takut efek samping atau masalah kesehatan (18 persen).

Tabel 7.19 Alasan berhenti memakai alat/cara KB

Distribusi persentase penghentian metode kontrasepsi dalam lima tahun sebelum survei menurut alasan utama untuk berhenti pakai, berdasarkan metode tertentu, Indonesia 2012

Alasan berhenti memakai	Pil	IUD	Suntikan	Susuk KB	Kondom pria	Intravag/ diafragma	MAL	Pantang berkala	Sanggama terputus	Lainnya	Semua cara
Hamil ketika memakai	10,9	4,4	3,2	2,5	14,5	0,0	8,2	28,9	24,6	17,8	6,8
Ingin hamil	28,7	29,6	30,3	22,2	30,5	0,0	1,4	31,2	30,0	24,9	29,4
Suami tidak setuju	0,5	0,5	0,3	0,1	1,9	0,0	0,0	0,3	0,3	0,7	0,4
Ingin cara yang lebih efektif	7,3	3,9	3,5	4,1	14,4	0,0	16,5	9,5	11,7	13,1	5,3
Efek samping/masalah kesehatan	14,9	12,7	21,6	22,1	4,4	0,0	1,7	4,2	3,8	1,1	18,1
Akses/ketersediaan	0,3	0,0	0,4	0,5	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7	0,3
Ongkos terlalu mahal	0,5	1,4	1,8	4,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	1,4
Tidak nyaman	2,8	4,8	2,4	3,5	11,4	0,0	0,0	0,5	3,2	5,9	2,8
Fatalistik	0,6	0,0	0,5	1,5	0,0	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	0,5
Sulit hamil/ menopause	1,3	2,3	1,2	1,2	0,0	0,0	0,0	0,9	0,8	3,0	1,2
Jarang kumpul/ suami jauh	4,5	2,0	5,5	1,7	1,5	0,0	1,5	1,3	1,5	0,6	4,7
Cerai/berpisah	2,2	2,0	2,9	2,7	1,0	0,0	0,8	0,7	3,2	0,0	2,6
IUD terlebih	0,1	4,3	0,1	0,3	0,9	0,0	15,4	0,0	0,6	0,0	0,3
Lainnya	12,3	14,7	12,2	17,2	7,6	0,0	34,3	10,1	12,0	16,2	12,4
Tidak tahu	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0	0,0	0,4	0,6	0,0	0,1
Tak terjawab	13,1	17,4	14,0	15,8	11,5	100,0	20,1	11,9	7,3	14,9	13,7
Jumlah	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Jumlah yang dihentikan	5.423	591	10.883	681	409	0	54	316	545	65	18.972

LAM = Lactational amenorrhea method

Hal yang perlu mendapat perhatian adalah alasan putus pakai bervariasi menurut metode kontrasepsi yang digunakan. Alasan kegagalan kontrasepsi (hamil saat memakai alat kontrasepsi) adalah penyebab paling sering berhentinya pemakaian metode pantang berkala (29 persen), senggama terputus (25 persen), kondom (15 persen) dan pil (11 persen), tapi tidak untuk IUD (4 persen), implan (3 persen) atau suntikan (3 persen). Alasan berhenti karena efek samping/masalah kesehatan bervariasi dari 4 persen pada pantang berkala, senggama terputus, dan kondom sampai dengan 22 persen pada suntikan dan implan. Keinginan untuk menggunakan metode yang lebih efektif juga disebutkan sebagai alasan berhenti memakai kondom (14 persen), senggama terputus (30 persen) dan pantang berkala (10 persen).

7.3.3 Kebutuhan Pelayanan Keluarga Berencana

Estimasi ukuran dan komposisi dari populasi wanita yang kebutuhan kontrasepsinya tidak terpenuhi (*unmet need*) berguna untuk perencanaan program keluarga berencana dan kesehatan reproduksi. Wanita dengan status *unmet need* adalah wanita usia subur yang tidak menggunakan alat/cara kontrasepsi namun menginginkan penundaan kehamilan (penjarangan) atau berhenti sama sekali (pembatasan).

Definisi *unmet need* pada program DHS telah direvisi oleh Bradley dkk (2012). Data pada tabel 7.20. adalah perkiraan kebutuhan yang tak terpenuhi, kebutuhan yang terpenuhi dan permintaan pelayanan kontrasepsi pada wanita kawin umur 15-49 tahun menggunakan definisi baru. Secara spesifik, wanita dianggap memiliki *unmet need* untuk penundaan kehamilan jika:

- Berisiko hamil karena tidak menggunakan kontrasepsi dan juga tidak ingin hamil dalam dalam waktu dua tahun ke depan, atau tidak yakin apakah ingin hamil atau kapan ingin hamil
- Hamil dengan kehamilan yang belum diinginkan
- Masa nifas sampai dengan dua tahun setelah kelahiran yang belum diinginkan dan tidak menggunakan kontrasepsi

Wanita dianggap memiliki *unmet need* untuk pembatasan kehamilan jika:

- Berisiko hamil karena tidak menggunakan kontrasepsi dan tidak ingin anak lagi
- Hamil dengan kehamilan yang tidak diinginkan
- Masa nifas sampai dengan dua tahun setelah kelahiran tidak diinginkan dan tidak menggunakan kontrasepsi

Wanita yang dikategorikan sebagai tidak subur (*infecund*) tidak memiliki *unmet need* karena mereka tidak beresiko untuk hamil.

Wanita yang menggunakan kontrasepsi dianggap sudah terpenuhi kebutuhannya. Wanita yang menggunakan kontraasepsi dan tidak ingin anak lagi dianggap juga sudah terpenuhi kebutuhan untuk pembatasan kehamilan dan wanita yang menggunakan kontrasepsi dan ingin menunda mempunyai anak atau tidak tahu apakah mereka ingin anak lagi juga dianggap sebagai telah terpenuhi kebutuhan untuk penundaan kehamilan.

Perhitungan total kebutuhan, persentase kebutuhan yang terpenuhi, dan persentase dari kebutuhan yang terpenuhi dengan alat/cara modern didefinisikan sebagai berikut:

- Jumlah kebutuhan untuk ber-KB: jumlah dari *unmet need* (penundaan dan pembatasan) ditambah jumlah pemakaian kontrasepsi
- Persentase kebutuhan yang terpenuhi: jumlah pemakaian kontrasepsi dibagi total dari *unmet need* dan pemakaian kontrasepsi
- Persentase kebutuhan yang terpenuhi dengan alat/cara modern: pemakaian alat/cara kontrasepsi modern dibagi total dari *unmet need* dan jumlah pemakaian kontrasepsi modern.

Perubahan definisi *unmet need* untuk keluarga berencana bertujuan agar tingkat *unmet need* dapat dibandingkan antar waktu dan antar negara yang melaksanakan survei DHS. Aspek dari perubahan definisi yang memiliki dampak terbesar pada tingkat *unmet need* adalah keputusan untuk tidak menggunakan informasi dari perhitungan kalender dalam mendefinisikan kebutuhan kontrasepsi. Selama ini, perhitungan kalender tidak digunakan oleh seluruh negara dan konsekuensinya adalah *unmet need* harus didefinisikan secara berbeda untuk negara-negara seperti Indonesia yang memasukkan perhitungan kalender. Sebelumnya, dalam survei seperti di Indonesia yang memasukkan penghitungan kalender, wanita yang hamil atau dalam masa nifas akibat kegagalan kontrasepsi tidak dianggap sebagai *unmet need*, walaupun dalam kehamilan/kelahiran terakhir tidak diinginkan atau belum diinginkan. Di sisi lain, apabila survei tidak mengumpulkan informasi kegagalan kontrasepsi dalam kalender maka semua wanita hamil dan dalam masa nifas dimana kelahiran/kehamilan terakhir tidak diinginkan atau belum diinginkan dianggap sebagai *unmet need*. Untuk membuat definisi *unmet need* dapat dibandingkan, definsi yang baru tidak memasukan informasi tentang kegagalan kontrasepsi pada semua wanita saat menetapkan status *unmet need*. Menghapus kegagalan kontrasepsi dalam perhitungan berdampak pada peningkatan dalam perkiraan *unmet need* dibandingkan menggunakan definsi sebelumnya.

Tabel 7.20 menyediakan informasi *unmet need, met need* dan kebutuhan akan KB untuk wanita kawin umur 15-49 tahun berdasarkan definisi baru. Kebutuhan dan permintaan akan pelayanan KB di berbagai propinsi dapat dilihat dalam Tabel Lampiran A-7.8.

Tabel 7.20 Keinginan untuk memperoleh pelayanan KB di antara wanita kawin

Persentase wanita kawin umur 15-49 dengan kebutuhan pelayanan KB yang tidak terpenuhi, persentase kebutuhan pelayanan KB yang terpenuhi, total kebutuhan memperoleh pelayanan KB, dan persentase kebutuhan yang terpenuhi, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi			Kebutuhan ber-KB yang terpenuhi (sedang pakai)			Jumlah yang ingin ber-KB[1]			Persentase kebutuhan ber-KB yang terpenuhi[2]	Persentase kebutuhan yang terpenuhi dengan metode modern[3]	Jumlah wanita
	Untuk menjarangkan kelahiran	Untuk membatasi kelahiran	Jumlah	Untuk menjarangkan kelahiran	Untuk membatasi kelahiran	Jumlah	Untuk menjarangkan kelahiran	Untuk membatasi kelahiran	Jumlah			
Umur												
15-19	6,3	0,4	6,7	45,0	3,1	48,1	51,2	3,5	54,7	87,8	87,1	890
20-24	7,7	0,6	8,3	54,8	5,7	60,5	62,5	6,4	68,8	88,0	86,1	3.754
25-29	6,8	2,1	8,9	48,0	15,6	63,6	54,8	17,7	72,5	87,7	83,3	6.000
30-34	6,1	3,7	9,7	33,7	31,9	65,7	39,8	35,6	75,4	87,1	81,9	6.285
35-39	3,3	7,9	11,2	16,9	51,2	68,1	20,2	59,1	79,3	85,9	79,0	6.331
40-44	2,1	12,8	14,9	5,6	59,6	65,2	7,6	72,4	80,0	81,4	74,3	5.572
45-49	1,0	15,3	16,3	1,9	43,8	45,8	2,9	59,1	62,0	73,8	67,1	4.633
Daerah tempat tinggal												
Perkotaan	4,2	7,6	11,8	24,8	37,3	62,1	29,0	44,9	73,9	84,0	77,2	16.466
Perdesaan	4,8	6,2	10,9	28,4	33,2	61,6	33,2	39,4	72,6	84,9	80,8	16.999
Pendidikan												
Tidak sekolah	5,3	8,2	13,5	10,1	33,4	43,4	15,3	41,6	56,9	76,4	73,4	1.209
Tidak tamat SD	3,9	10,5	14,4	16,9	36,5	53,4	20,8	47,0	67,8	78,7	74,9	4.185
Tamat SD	4,2	7,2	11,4	26,4	39,2	65,7	30,6	46,4	77,1	85,2	82,6	9.045
Tidak tamat SMTA	4,2	5,5	9,7	33,1	34,4	67,4	37,3	39,8	77,1	87,5	82,9	7.912
Tamat SMTA atau Perguruan Tinggi[4]	5,1	6,2	11,2	27,8	32,2	60,0	32,8	38,4	71,2	84,2	74,8	11.113
Jumlah anak masih hidup												
0	3,2	0,1	3,3	6,4	0,1	6,5	9,6	0,2	9,8	66,1	63,1	2.737
1-2	5,7	5,0	10,6	38,6	28,5	67,1	44,2	33,5	77,7	86,3	81,3	20.236
3-4	2,5	11,0	13,6	10,1	59,6	69,7	12,6	70,6	83,2	83,7	77,6	8.474
5+	2,4	18,3	20,7	4,4	47,3	51,7	6,8	65,5	72,4	71,4	64,0	2.019
Kuintil Kekayaan												
Terbawah	6,7	6,7	13,5	28,8	27,3	56,2	35,6	34,1	69,7	80,6	76,1	5.966
Menengah bawah	3,8	6,4	10,2	30,2	34,1	64,3	34,0	40,5	74,5	86,3	82,4	6.614
Menengah	3,9	6,4	10,3	28,1	35,7	63,9	32,0	42,1	74,2	86,1	81,2	6.864
Menengah atas	3,9	6,9	10,9	27,0	36,0	63,0	30,9	42,9	73,8	85,3	79,5	7.218
Teratas	4,3	7,9	12,3	19,5	41,8	61,3	23,8	49,8	73,6	83,3	75,3	6.803
Jumlah	4,5	6,9	11,4	26,7	35,2	61,9	31,1	42,1	73,2	84,5	79,0	33.465

Catatan: Angka dalam tabel ini sesuai dengan definisi *unmet need* yang direvisi oleh Bradley dkk., 2012.
[1] Total kebutuhan ber-KB adalah jumlah kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi dan kebutuhan ber-KB yang terpenuhi
[2] Persentase yang terpenuhi adalah kebutuhan ber-KB yang terpenuhi dibagi dengan total kebutuhan ber-KB
[3] Metode kontrasepsi modern meliputi sterilisasi wanita, sterilisasi pria, pil, IUD, suntikan, susuk KB, kondom pria, kondom wanita, dan metode amenore laktasi (MAL)
[4] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 7.20 menunjukkan total persentase *unmet need* pada wanita berstatus kawin umur 15-49 tahun di Indonesia adalah 11 persen; 4 persen untuk penundaan kelahiran, dan 7 persen untuk membatasi kelahiran. Jumlah *unmet need* meningkat sejalan dengan umur, paling tinggi sebesar 16 persen untuk wanita kawin umur 45-49 tahun. Sesuai dugaan, hampir semua *unmet need* pada perempuan di bawah usia 25 tahun ditujukan pada penundaan kelahiran. *Unmet need* untuk pembatasan kelahiran meningkat tajam pada wanita umur 35 tahun ke atas dan tertinggi sebesar 15 persen untuk wanita umur 45 - 49 tahun. Jumlah *unmet need* meningkat sejalan dengan jumlah anak hingga mencapai 21 persen untuk wanita yang mempunyai anak 5 atau lebih. Sebagian besar *unmet need* pada wanita yang mempunyai anak tiga atau lebih ditujukan untuk membatasi kelahiran. Jumlah *unmet need* di daerah perdesaan (12 persen) sedikit lebih tinggi daripada daerah perkotaan (11 persen). Persentase unmet need tidak banyak bervariasi menurut kategori pendidikan.

Tabel 7.20 juga menyajikan informasi tentang kebutuhan memperoleh pelayanan KB di antara wanita berstatus kawin umur 15-49 tahun, yaitu sebesar 73 persen. Sebanyak 85 persen kebutuhan tersebut dapat terpenuhi, terutama untuk pemakai metode kontrasepsi modern. Kebutuhan untuk ber-KB sangat rendah di antara wanita yang tidak mempunya anak (10 persen). Tingkat pemenuhan kebutuhan ber- KB yang terendah adalah untuk wanita umur 45-49 tahun (74 persen), untuk wanita tidak sekolah (76 persen), dan wanita yang memiliki lima anak atau lebih (71 persen).

Sebagaimana diuraikan di atas, estimasi *unmet need* pada SDKI sebelumnya tidak dapat dibandingkan dengan hasil pada Tabel 7.20 karena adanya perubahan dalam perhitungan *unmet need*. Untuk menyediakan data yang dapat dibandingkan, telah dilakukan penghitungan total *unmet need* dan total kebutuhan KB pada SDKI periode 1991-2007 dengan menggunakan definisi baru. Hasil perhitungan tersebut disajikan pada Tabel 7.21. Terlihat bahwa tingkat *unmet need* di Indonesia menurun dari waktu ke waktu. Antara SDKI 2007 dan 2012, total *unmet need* di Indonesia menurun dari 13 persen menjadi 11 persen (Gambar 7.2). Dampak dari penurunan *unmet need*, total kebutuhan pelayanan KB sedikit menurun di antara SDKI 2007 dan 2012, sedangkan proporsi kebutuhan pelayanan KB yang terpenuhi sedikit meningkat.

Table 7.21 Kebutuhan KB yang tidak terpenuhi, pemakaian saat ini, dan kebutuhan pelayanan KB, Indonesia 1991-2012

Persentase perempuan kawin umur 15-49 tahun dengan *unmet need* untuk KB, persentase kebutuhan KB yang terpenuhi (pemakai saat ini), total kebutuhan pelayanan KB, persentase kebutuhan pelayanan KB yang terpenuhi, dan persentase kebutuhan yang terpenuhi dengan metode modern Indonesia 1991-2012

Tahun Survei	Kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi	Kebutuhan ber-KB yang terpenuhi (sedang pakai)	Total kebutuhan pelayanan KB [1]	Persentase kebutuhan yang terpenuhi [2]	Persentase kebutuhan yang terpenuhi dengan metode modern [3]	Jumlah Wanita
SDKI 1991	17,0	49,7	66,7	74,5	70,5	21.109
SDKI 1994	15,3	54,7	70,1	78,1	74,3	26.186
SDKI 1997	13,6	57,4	71,0	80,9	77,1	26.886
SDKI 2002-2003	13,2	60,3	73,6	82,0	77,1	27.857
SDKI 2007	13,1	61,4	74,5	82,4	77,0	30.931
SDKI 2012	11,4	61,9	73,2	84,5	79,0	33.465

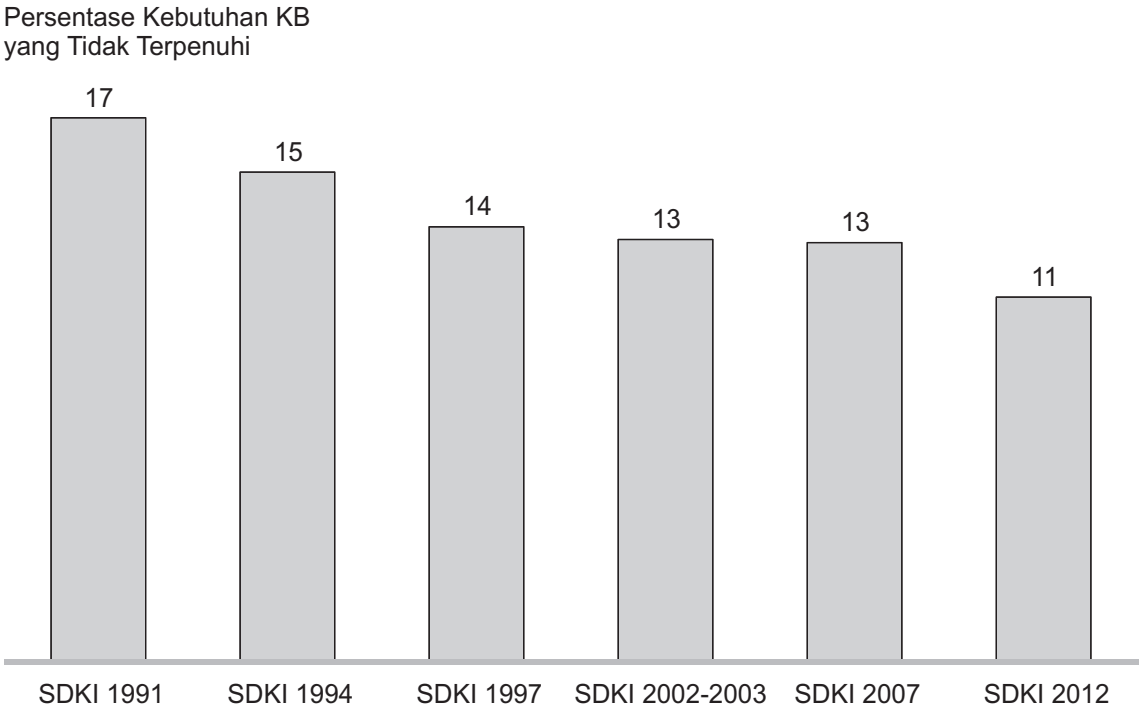
Catatan: Angka dalam tabel ini sesuai dengan definisi *unmet need* yang direvisi oleh Bradley dkk., 2012. SDKI 2002-2003 tidak mencakup propinsi Nanggroe Aceh Darussalam, Maluku, Maluku Utara, dan Papua. Dalam SDKI 1991, 1994 dan 1997, Provinsi Banten masih tergabung dalam Provinsi Jawa Barat. SDKI 2002-2003, Banten sudah di luar dari Provinsi Jawa Barat. SDKI 2007 dan 2012 sudah mencakup 33 provinsi.

[1] Total kebutuhan ber-KB adalah jumlah kebutuhan ber-KB yang tidak terpenuhi dan kebutuhan ber-KB yang terpenuhi.

[2] Persentase yang terpenuhi adalah kebutuhan ber-KB yang terpenuhi dibagi dengan total kebutuhan ber-KB.

[3] Metode kontrasepsi modern meliputi sterilisasi wanita, sterilisasi pria, pil, IUD, suntikan, susuk KB, kondom pria, kondom wanita, dan metode amenore laktasi (MAL)

Gambar 7.2 Tren Kebutuhan KB yang Tidak Terpenuhi, 1991-2012



7.3.4 Keinginan untuk Memakai Alat/Cara KB di Masa Mendatang

Informasi yang diperoleh dari bukan peserta KB di SDKI 2012 mengenai keinginan untuk memakai kontrasepsi di masa mendatang memberikan gambaran mengenai perilaku bukan peserta KB terhadap kontrasepsi dan memprediksi kebutuhan pelayanan KB di antara bukan peserta KB. Tabel 7.22 menunjukkan persentase wanita berstatus kawin yang bukan peserta KB berdasarkan keinginan untuk memakai KB di masa depan menurut jumlah anak masih hidup. Secara keseluruhan, 53 persen bukan peserta KB memiliki keinginan untuk menggunakan kontrasepsi di waktu yang akan datang dan 38 persen menyatakan tidak berkeinginan menggunakan kontrasepsi. Di antara wanita berstatus kawin umur 15-49 tahun bukan peserta KB, yang belum mempunyai anak (63 persen) dan mempunyai anak satu (67 persen) memiliki keinginan tertinggi untuk menggunakan kontrasepsi dan wanita dengan empat anak atau lebih yang paling sedikit mempunyai keinginan untuk menggunakan kontrasepsi di waktu yang akan datang (29 persen).

Tabel 7.21 Keinginan memakai alat/cara KB pada waktu yang akan datang

Distribusi persentase wanita kawin umur 15-49 tahun bukan peserta KB menurut keinginan untuk memakai alat/cara KB pada waktu yang akan datang serta menurut jumlah anak masih hidup, Indonesia 2012

Keinginan memakai di waktu yang akan datang	Jumlah anak masih hidup[1]					Jumlah
	0	1	2	3	4+	
Keinginan memakai	62,8	66,5	52,2	43,1	29,3	53,2
Tidak yakin	11,2	6,8	6,6	7,1	8,9	7,7
Tidak bermaksud memakai	25,6	25,7	39,1	47,7	60,7	37,7
Tak terjawab	0,5	1,1	2,1	2,2	1,1	1,4
Jumlah	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Jumlah wanita	1.812	3.861	3.196	1.955	1.938	12.761

[1] Termasuk kehamilan saat ini

7.3.5 Alasan untuk Tidak Memakai KB

Salah satu cara untuk mengidentifikasi hambatan dalam penerimaan program KB adalah dengan menanyakan kepada bukan peserta KB alasan mereka tidak ingin memakai kontrasepsi di masa mendatang. Tabel 7.23 menunjukkan persentase wanita yang tidak ingin memakai kontrasepsi berdasarkan alasan utama dan menurut umur.

Tabel 7.23 Alasan tidak ingin memakai kontrasepsi

Distribusi persentase wanita dan pria berstatus kawin yang tidak memakai alat/cara KB dan yang tidak berkeinginan untuk memakai alat/cara KB pada waktu yang akan datang menurut alasan utama tidak ingin memakai dan umur, Indonesia 2012.

	Wanita			Pria		
Alasan	15-29	30-49	Jumlah	15-29	30-54	Jumlah
Alasan Fertilitas	22,1	43,3	40,2	7,8	12,8	12,0
Abstinensi	3,4	8,1	7,4	0,2	1,3	1,1
Menopausa, histerektomi	0,1	22,2	19,1	0,0	3,8	3,1
Tidak subur	1,6	3,2	3,0	0,0	0,8	0,7
Ingin anak banyak	14,7	8,3	9,2	7,0	5,4	5,7
Fatalistik	2,3	1,5	1,6	0,6	1,5	1,4
Menentang untuk memakai	10,8	2,9	4,1	7,8	6,1	6,4
Responden menolak	2,6	0,9	1,2	5,5	4,5	4,6
Suami/pasangan menolak	4,0	1,8	2,1	0,9	0,3	0,4
Orang lain menolak	0,3	0,1	0,1	0,4	0,0	0,1
Larangan agama	4,0	0,2	0,7	1,0	1,2	1,2
Kurang pengetahuan	4,7	1,6	2,0	10,2	7,8	8,2
Tidak tahu alat/cara KB	4,6	1,5	1,9	8,7	7,3	7,5
Tidak tahu sumber	0,1	0,1	0,1	1,5	0,5	0,6
Alasan alat/cara KB	34,5	21,5	23,4	16,1	13,6	14,1
Masalah kesehatan	6,8	7,9	7,8	1,0	1,3	1,3
Takut efek samping	24,7	9,3	11,5	9,5	7,7	8,0
Kurangnya akses/terlalu jauh	0,1	0,0	0,1	0,3	0,0	0,1
Biaya terlalu mahal	0,3	0,9	0,8	0,1	0,3	0,3
Tidak nyaman	1,3	2,4	2,3	5,2	4,1	4,3
Menjadi gemuk/kurus	1,3	0,9	1,0	0,1	0,2	0,2
Lainnya	17,2	28,1	26,5	44,4	48,7	48,0
Tidak tahu	9,3	2,1	3,1	12,7	10,3	10,7
Tak terjawab	1,3	0,6	0,7	1,0	0,7	0,7
Jumlah	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Jumlah wanita	847	5.020	5.867	1.179	5.728	6.907

Di antara wanita yang tidak ingin menggunakan kontrasepsi di waktu yang akan datang, alasan yang paling banyak dikemukakan adalah yang berkaitan dengan kesuburan (40 persen). Alasan yang berkaitan dengan kesuburan mencakup menopause atau histerektomi (19 persen) dan keinginan memiliki banyak anak (9 persen). Lebih dari 20 persen wanita menyebutkan alasan yang terkait dengan alat/cara KB seperti masalah kesehatan (8 persen), dan kekhawatiran akan efek samping (12 persen). Selain itu di antara pria, alasan metode kontrasepsi yang dipakai lebih tinggi daripada alasan lain. Di antara pria yang tidak ingin menggunakan kontrasepsi, 12 persen yang berkaitan dengan kesuburan, dan 14 persen terkait dengan alat/cara KB.

Alasan wanita dan pria tidak berencana menggunakan kontrasepsi bervariasi menurut umur. Sebagai contoh, wanita di bawah 30 tahun cenderung beralasan ingin mempunyai anak lagi (15 persen) sedangkan wanita yang berumur lebih tua karena menopause atau histerektomi (22 persen). Kekhawatiran pada efek samping alat/cara kontrasepsi lebih banyak dikemukakan wanita berumur muda (25 persen) dibandingkan yang lebih tua (9 persen).

KEMATIAN BAYI DAN ANAK 8

Temuan Utama:

- Angka kematian bayi dan balita untuk periode lima tahun sebelum survei masing-masing adalah 32 dan 40 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Berarti satu di antara 31 bayi meninggal sebelum mencapai umur satu tahun, dan satu di antara 28 anak meninggal sebelum mencapai ulang tahun kelima.
- Enam puluh persen kematian bayi terjadi pada umur 0 bulan, dan delapan puluh persen kematian balita terjadi pada umur 0-11 bulan.
- Kematian bayi tertinggi selama periode 10 tahun sebelum survei terdapat pada bayi yang tinggal di perdesaan, serta bayi yang ibunya tidak sekolah dan pada kuintil kekayaan terendah.
- Kematian bayi tertinggi selama periode 10 tahun sebelum survei juga didapati pada wanita yang melahirkan pada umur 40 tahun atau lebih, wanita dengan paritas tinggi (3 anak atau lebih), serta selang kelahiran yang pendek (kurang dari 24 tahun).
- Kematian perinatal tertinggi ditemui pada wanita yang melahirkan anak dengan selang kelahiran kurang dari 15 bulan (45 kematian per 1.000 kehamilan).

Angka kematian bayi dan anak mencerminkan tingkat pembangunan kesehatan dari suatu negara serta kualitas hidup dari masyarakatnya. Angka ini digunakan untuk memonitor dan mengevaluasi program serta kebijakan kependudukan dan kesehatan. Program kesehatan Indonesia telah difokuskan untuk menurunkan tingkat kematian dan anak yang cukup tinggi. Penurunan kematian bayi dan ibu telah menjadi tujuan utama untuk mencapai tujuan 4 dan 5 dari *Millennium Development Goals* (MDGs). Untuk mencapai tujuan tersebut, pada tahun 2011 Pemerintah Indonesia meluncurkan program Jaminan Persalinan (JAMPERSAL). Program ini menyediakan pelayanan gratis untuk wanita hamil yang tidak mempunyai asuransi kesehatan untuk pemeriksaan kehamilan, persalinan, perawatan masa nifas, serta perawatan bayi lahir sampai umur 28 hari (Bina Kesehatan Anak, Kementerian Kesehatan, 2012)

Bab ini mencakup infomasi kematian bayi dan anak seperti kematian neonatum, pos neonatum, bayi, anak, dan balita. Selain itu, juga menyajikan kematian perinatal dan pola fertilitas terkait kematian. Perkiraan kematian disajikan menurut karakteristik sosial-ekonomi, seperti daerah tempat tinggal (perkotaan dan perdesaan), pendidikan ibu, dan status kekayaan rumah tangga, serta karakteristik demografi seperti jenis kelamin anak, umur ibu saat melahirkan, urutan kelahiran, jarak antar kelahiran, dan berat bayi saat lahir. Bab ini juga menyajikan tingkat, tren, dan perbedaan dalam kematian bayi dan anak berdasarkan Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 dan SDKI sebelumnya.

Data estimasi mortalitas dikumpulkan pada bagian riwayat kelahiran dari kuesioner wanita. SDKI 2012 menanyakan kepada wanita umur 15-49 tahun tentang riwayat kelahiran anak mereka secara lengkap seperti nama anak, jenis kelamin, bulan dan tahun kelahiran, status kelangsungan hidup anak, dan umur saat meninggal. Umur meninggal dicatat dalam hari untuk anak yang meninggal sebelum berumur satu bulan, dicatat dalam bulan jika meninggal saat berumur di bawah dua tahun, dan dicatat dalam tahun jika umur saat meninggal di atas dua tahun.

Berikut adalah angka yang dipakai untuk mengukur kematian bayi dan anak:

Kematian neonatum:	peluang untuk meninggal dalam bulan pertama setelah lahir
Kematian pos-neonatum:	peluang untuk meninggal setelah bulan pertama tetapi sebelum umur tepat satu tahun
Kematian bayi:	peluang untuk meninggal antara kelahiran dan sebelum mencapai umur tepat satu tahun
Kematian anak:	peluang untuk meninggal antara umur satu tahun dan sebelum tepat lima tahun
Kematian balita:	peluang untuk meninggal antara kelahiran dan sebelum umur tepat lima tahun
Kematian perinatal:	jumlah bayi lahir mati dan bayi yang meninggal sebelum berumur tepat satu minggu dibagi dengan jumlah kehamilan umur kandungan 7 bulan atau lebih

8.1 EVALUASI KUALITAS DATA

Riwayat kelahiran secara restropektif seperti yang dicakup dalam SDKI 2012 dipengaruhi oleh beberapa kesalahan dalam pengumpulan data. Pertama, hanya wanita umur 15-49 tahun yang masih hidup yang diwawancarai; oleh sebab itu tidak tersedia data anak dari wanita yang sudah meninggal. Estimasi angka mortalitas akan bias jika fertilitas wanita yang masih hidup dan wanita yang sudah meninggal berbeda secara nyata. Di Indonesia, bias ini nampaknya dapat diabaikan. Namun, jika kelangsungan hidup anak dari wanita yang masih hidup dengan wanita yang sudah meninggal berbeda, biasanya anak dari wanita yang sudah meninggal kurang baik, dan estimasi angka kematiannya akan bias ke bawah. Kesalahan lain yang mungkin terjadi adalah ketidaklengkapan jumlah kasus yang dilaporkan; responden cenderung melupakan peristiwa yang terjadi di masa lampau. Akibatnya, kematian yang terjadi di masa lampau dilaporkan lebih rendah dibandingkan kematian yang terjadi pada periode kini.

Pengaruh pemotongan data riwayat kelahiran, untuk perkiraan di masa lampau merupakan pengalaman dari responden muda, di mana perkiraan angka relatif rendah di masa lalu lebih jelas terlihat. Kesalahan pelaporan tanggal lahir dan/atau umur saat meninggal dapat menghasilkan angka kematian yang bias. Secara umum, masalah ini lebih serius untuk periode yang lampau daripada periode kini.

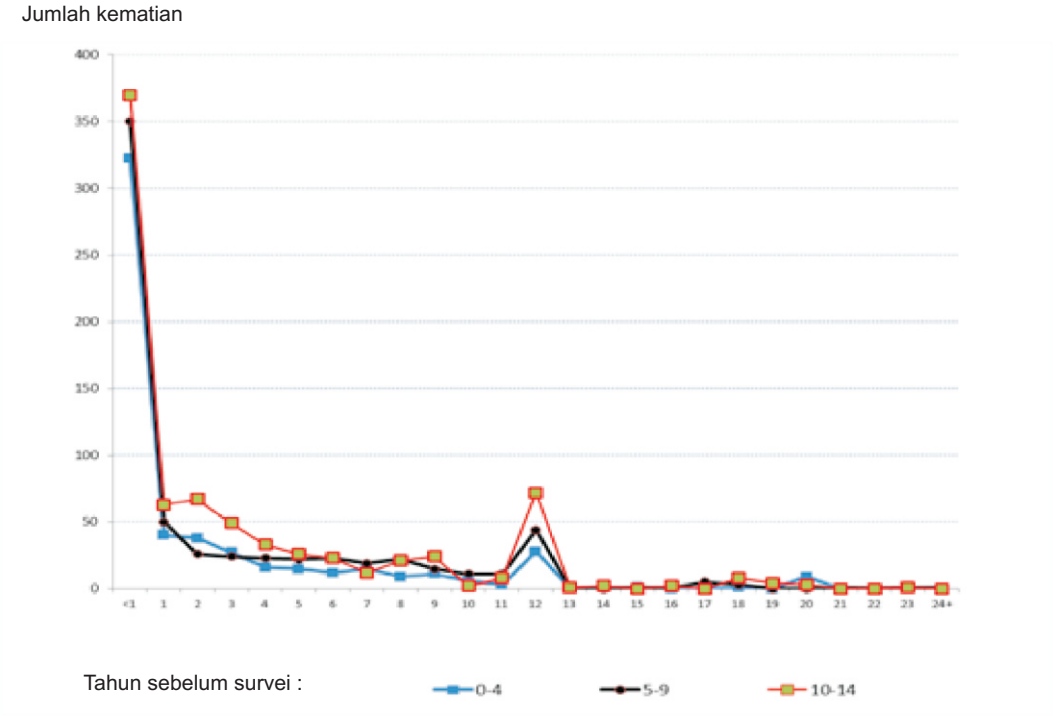
Data SDKI 2012 dapat digunakan untuk memeriksa adanya kesalahan dan seberapa jauh kesalahan tersebut. Sehubungan dengan kesalahan pelaporan tanggal lahir anak seperti yang ditunjukkan Tabel Lampiran D-4, terlihat adanya defisit kelahiran di tahun 2007, dan kelebihan kelahiran di tahun 2006. Pola ini seperti yang ditemukan di SDKI terdahulu, kemungkinan disebabkan kesalahan pewawancara memasukkan kelahiran di luar periode di mana data kesehatan anak dikumpulkan (yaitu sejak januari 2007 sampai dengan saat wawancara) untuk mengurangi beban kerja mereka.

Terkait laporan umur anak saat meninggal, sumber kesalahan yang umum adalah kecenderungan ibu melaporkan umur kematian berkelipatan 6 bulan. Untuk mengurangi kesalahan ini, instruksi rinci diberikan kepada pewawancara SDKI untuk mencatat kematian di bawah satu bulan dalam hari, dan kematian di bawah umur dua tahun dalam bulan. Pewawancara juga diinstruksikan menggali ketepatan umur kematian dalam bulan seandainya dilaporkan sebagai "satu tahun" atau "12 bulan".

Distribusi kematian anak di bawah umur dua tahun ditampilkan dalam Lampitan Tabel D-6. Kualitas data kematian dalam bulan yang dilaporkan sama dengan SDKI sebelumnya. Pada SDKI 2012, terlihat adanya kecenderungan kematian dilaporkan pada umur 12 bulan (secara keseluruhan ada 28 kematian, 4 kematian dilaporkan dalam umur 12 bulan dan 24 kematian dilaporkan dalam umur 1 tahun),

kesalahan umum yang dapat mempengaruhi perkiraan kematian bayi. Seperti yang terjadi di SDKI 2007, penumpukan pelaporan kematian pada umur tertentu lebih parah untuk kematian yang terjadi di masa lampau dibandingkan kematian yang terjadi baru-baru ini. Seperti terlihat pada Gambar 8.1, meskipun jelas terlihat bahwa kecenderungan umur kematian terjadi pada umur 12 bulan, distribusi kematian menurut bulan untuk periode 0-4 tahun sebelum survei lebih mulus dibandingkan dengan distribusi kematian untuk periode 5-9 dan 10-14 tahun sebelum survei.

Gambar 8.1 Pelaporan umur kematian dalam bulan



Masalah lain adalah kenyataan bahwa estimasi angka kematian merujuk pada status kelangsungan hidup anak yang terjadi untuk satu periode tertentu (misal, 0-4 tahun sebelum survei). Namun, karena hanya wanita umur reproduksi yang diwawancarai, wanita umur 50 tahun ke atas tidak diwawancarai sehingga tidak dapat melaporkan kelangsungan hidup anak yang dimilikinya pada periode yang dimaksud. Pengaruh dari sensoring informasi menjadi bertambah parah dengan makin panjangnya periode yang dicakup. Untuk meminimalkan pengaruh sensoring, kajian tren kematian bayi dan anak dari SDKI 2012 dibatasi untuk periode tidak lebih dari 15 tahun sebelum survei.

Dalam membahas masalah yang mempengaruhi data kematian SDKI, perlu dicatat bahwa karena tingkat fertilitas di Indonesia sudah rendah, perkiraan kematian bayi dan anak didasarkan pada sampel yang relatif kecil. Situasi ini mengakibatkan perkiraan yang tidak stabil. Untuk mengurangi masalah ini, pengukuran angka mortalitas hasil SDKI 2012 dihitung untuk periode lima atau sepuluh tahun.

Perkiraan angka kematian SDKI dihitung secara langsung dari keterangan anak yang meninggal yang dikumpulkan dalam tabel riwayat kelahiran. Kurangnya informasi untuk menghasilkan perkiraan dengan cara langsung, sensus penduduk di Indonesia melaporkan cara perkiraan tidak langsung berdasarkan jumlah anak lahir hidup dan anak masih hidup. Sementara, tidak ada kesepakatan metoda mana yang lebih baik, asumsi dasar yang dipakai dalam metoda tidak langsung dapat menimbulkan potensi bias. Hasil studi menunjukkan bahwa meskipun model kematian yang tepat digunakan, hasil dari metoda perkiraan tidak langsung secara konsisten lebih tinggi daripada metoda langsung (Sullivan dkk., 1994). Jadi, dalam laporan ini, hanya perkiraan dengan metoda langsung yang disajikan.

8.2 TINGKAT DAN TREN KEMATIAN BAYI DAN ANAK

Angka kematian bayi dan anak disajikan di Tabel 8.1 untuk 3 periode lima tahunan sebelum survei. Data SDKI 2012 menunjukkan bahwa kematian anak selama lima tahun sebelum survei (merujuk ke tahun 2008-2012) adalah 32 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Artinya, setiap satu dari 31 anak yang lahir di Indonesia meninggal sebelum mencapai umur 1 tahun. Enam puluh persen bayi mati terjadi pada umur 1 bulan, menghasilkan angka kematian neonatum sebesar 19 kematian per 1.000 kelahiran hidup. Delapan puluh persen anak meninggal terjadi saat berumur 1-11 bulan, yang menghasilkan angka kematiaan pos neonatum sebesar 13 kematian per 1.000 kelahiran.

Angka kematian balita dan anak masing-masing sebesar 40 dan 9 kematian per 1.000 kelahiran. Angka kematian anak adalah sekitar sepertiga dari angka kematian bayi, 9 berbanding 32 kematian per 1.000 kelahiran.

Tabel 8.1 Angka kematian anak

Angka kematian neonatum, post-neonatum, bayi, anak, dan balita untuk periode lima tahunan sebelum survei, Indonesia 2012

Tahun sebelum survei	Perkiraan tahun kalender	Kematian neonatum (NN)	Kematian post-neonatum (PNN)[1]	Kematian bayi ($_1q_0$)	Kematian anak ($_4q_1$)	Kematian balita ($_5q_0$)
0-4	2008-2012	19	13	32	9	40
5-9	2003-2007	20	15	35	11	45
10-14	1998-2002	23	21	45	14	58

[1] Dihitung dari selisih antara angka kematian bayi dan kematian neonatum

Menggunakan angka perkiraan dari SDKI sebelumnya, Tabel 8.2 menunjukkan bahwa angka kematian bayi telah turun separuhnya, dari 68 kematian per 1.000 kelahiran hidup untuk periode 1987-1991 menjadi 32 kematian per 1.000 kelahiran untuk periode 2008-2012. Lebih mengejutkan lagi adalah penurunan sebesar 72 persen untuk kematian anak dan penurunan 64 persen in kematian pos neonatum di periode yang sama. Penurunan yang sama terjadi di kematian neonatum sebesar 41 persen. Perbandingan enam SDKI (1991, 1994, 1997, 2002-2003, 2007, dan 2012) menunjukkan pola yang berbeda dalam penurunan kematian neonatum, bayi, dan kematian balita (Gambar 8.2). Perbandingan angka kematian untuk dua survei terakhir menunjukkan kematian bayi dan anak turun sedikit, kecuali kematian neonatum yang tetap konstan. Terkait tujuan MDGs dalam menurunkan kematian bayi dari 90 kematian per 1.000 kelahiran di tahun 1990 menjadi 23 kematiaan per 1.000 kelahiran di tahun 2015, nampaknya berat bagi Indonesia untuk mencapai tujuan ini. Segala usaha harus ditingkatkan, seperti keberadaan fasilitas kesehatan, akses ke fasilitas kesehatan, dan petugas kesehatan baik dalam jumlah dan kualitas. Tabel lampiran A.8.1 tentang kematian anak menurut provinsi.

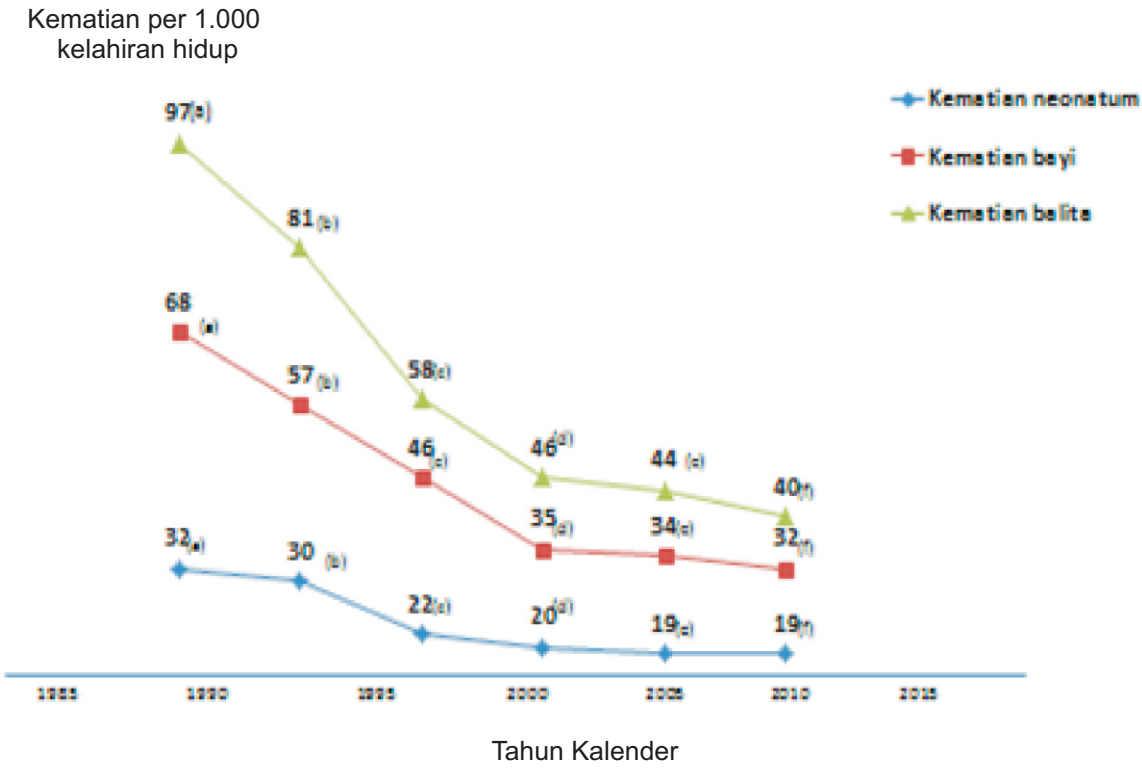
Tabel 8.2 Tren angka kematian anak

Kematian neonatum, post-neonatum, bayi, anak, dan balita untuk periode lima tahun sebelum survei, SDKI 1991-2012

Sumber data	Perkiraan tahun kalender	Kematian neonatum (NN)	Kematian post-neonatum[1] (PNN)	Kematian bayi ($_1q_0$)	Kematian anak ($_4q_1$)	Kematian balita ($_5q_0$)
SDKI 2012	2008-2012	19	13	32	9	40
SDKI 2007	2003-2007	19	15	34	10	44
SDKI 2002-2003	1998-2002	20	15	35	11	46
SDKI 1997	1993-1997	22	24	46	13	58
SDKI 1994	1990-1994	30	27	57	26	81
SDKI 1991	1987-1991	32	36	68	32	97

[1] Dihitung dari selisih antara angka kematian bayi dan kematian neonatum

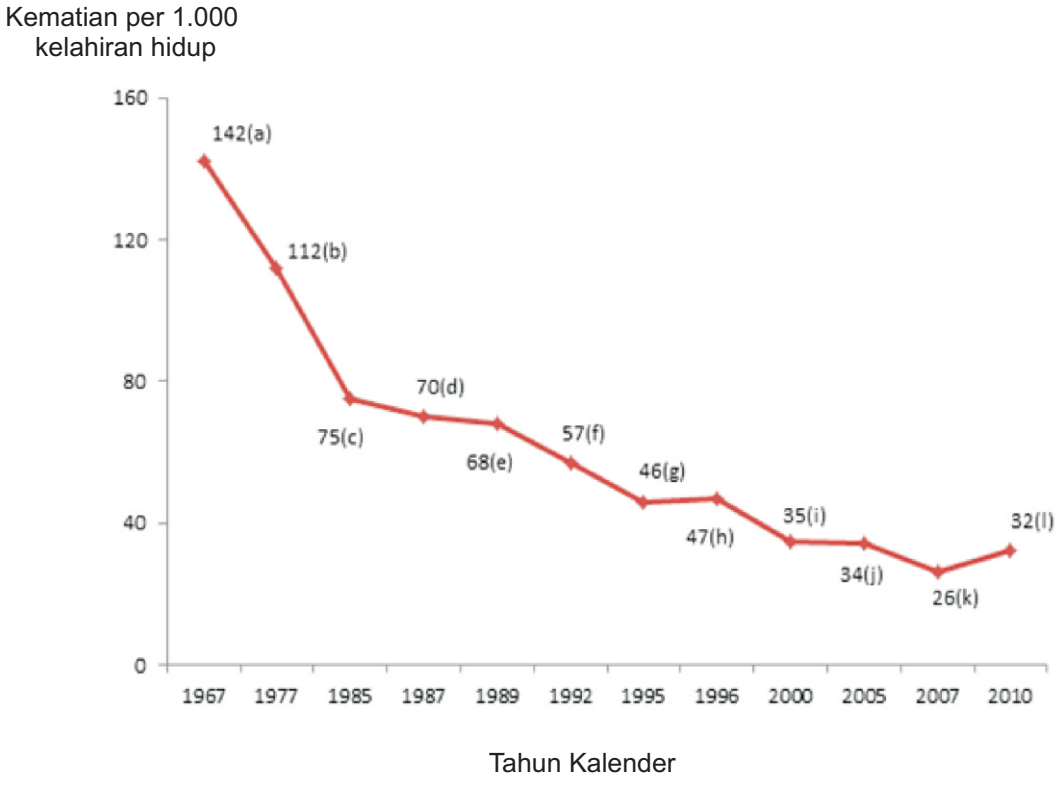
Gambar 8.2 Tren pada Kematian Neonatum, Bayi, dan Balita, SDKI 1991-2012



Sumber : (a) SDKI 1991; (b) SDKI 1994; (c) SDKI 1997; (d) SDKI 2002-03; (e) SDKI 2007; (f) SDKI 2012

Gambar 8.3 menunjukkan bahwa angka kematian bayi telah turun perlahan dari 142 kematian per 1.000 kelahiran di tahun 1967 menjadi 32 kematian per 1.000 kelahiran di tahun 2012. Sedikit variasi dalam perkiraan angka sepertinya sama jika dihitung dengan teknik estimasi yang berbeda. Ada perbedaan angka dalam cakupan wilayah berdasarkan survei dan sensus. Gambar 8.3 menunjukkan penurunan angka kematian bayi secara perlahan pada saat ini.

Gambar 8.3 Tren angka kematian bayi, berbagai sumber, Indonesia 1971-2012



Sumber : (a) Sensus 1971; (b) Sensus 1980; (c) SPI 1987; (D) Sensus 1990; (e) SDKI 1991; (f) SDKI 1994; (g) SDKI 1997; (h) Sensus 2000; (i) SDKI 2002-2003; (j) SDKI 2007; (k) Sensus 2010; (l) SDKI 2012

8.3 PERBEDAAN SOSIAL-EKONOMI PADA KEMATIAN BAYI DAN ANAK

Perbedaan kematian bayi dan anak menurut karakteristik latar belakang untuk periode 10 tahun sebelum survei (sekitar 2003-2012) disajikan pada Tabel 8.3. Faktor sosial-ekonomi mencakup tempat tinggal, pendidikan ibu, dan indeks kekayaan. Hasil temuan ini harus ditafsirkan secara hati-hati karena rendahnya akurasi estimasi kematian disebabkan kesalahan *sampling*. Terjadi perbedaan yang besar untuk tingkat kematian bayi dan anak di daerah perkotaan dan perdesaan. Perbedaan tingkat kematian antara daerah perkotaan dan perdesaan adalah dua per tiga untuk semua jenis kematian. Selama beberapa tahun, tingkat kematian bayi dan anak telah turun baik di daerah perkotaan maupun perdesaan, kecuali untuk kematian neonatal di daerah perdesaan yang tetap konstan.

Pendidikan ibu mempunyai hubungan yang terbalik dengan risiko kematian anak. Tingkat pendidikan yang lebih tinggi umumnya berhubungan dengan risiko kematian yang rendah, hal ini karena pendidikan membuat ibu mendapatkan informasi tentang perawatan kehamilan dan anak yang lebih baik. Sebagai contoh, angka kematian bayi 77 persen lebih rendah pada anak yang ibunya berpendidikan perguruan tinggi dibanding anak yang ibunya tidak berpendidikan (masing-masing 15 dan 66 kematian per 1.000 kelahiran).

Risiko kematian anak juga berhubungan dengan status ekonomi dari rumah tangga. Semua angka kematian di masa kanak-kanak adalah rendah untuk anak di kuintil kekayaan teratas. Pada seluruh jenis angka kematian bayi dan anak, tingkat mortalitas anak di kuintil teratas adalah sekitar sepertiga dari anak

di kelompok kuintil terendah. Sebagai contoh, risiko kematian balita di kuintil teratas adalah 23 kematian per 1.000 kelahiran dibandingkan dengan 70 kematian per 1.000 kelahiran untuk anak di kelompok kuintil terendah.

Tabel 8.3 Angka kematian anak menurut karakteristik sosial ekonomi

Angka kematian neonatum, post-neonatum, bayi, anak, dan balita untuk periode 10 tahun sebelum survei menurut karakteristik sosial ekonomi, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Kematian neonatum (NN)	Kematian post-neonatum (PNN)[1]	Kematian bayi ($_1q_0$)	Kematian Anak ($_4q_1$)	Kematian balita ($_5q_0$)
Daerah tempat tinggal					
Perkotaan	15	11	26	8	34
Perdesaan	24	16	40	12	52
Pendidikan ibu					
Tidak sekolah	31	34	66	33	96
Tidak tamat SD	37	22	60	17	76
Tamat SD	24	18	43	10	52
Tidak tamat SMTA	15	9	24	8	32
Tamat SMTA	16	11	27	6	32
Perguruan Tinggi[2]	10	4	15	4	18
Kuintil kekayaan					
Terbawah	29	23	52	19	70
Menengah bawah	21	13	34	9	43
Menengah	23	10	33	7	39
Menengah atas	15	12	28	7	34
Teratas	10	8	17	6	23

[1] Dihitung dari selisih antara angka kematian bayi dan kematian neonatum
[2] Perguruan tinggi terdiri dari Diploma, S1/S2/S3

8.4 PERBEDAAN DEMOGRAFIS PADA KEMATIAN BAYI DAN ANAK

Sejumlah faktor sosial-ekonomi, lingkungan, dan biologis mempengaruhi kematian bayi dan anak. Dalam kerangka kerja untuk mempelajari kematian anak di negara berkembang yang dikembangkan oleh Mosley dan Chen (1984) menyatakan bahwa ada berbagai faktor yang secara langsung mempengaruhi kematian anak, meliputi karakteristik ibu seperti umur, paritas, dan jarak kelahiran; kontaminasi lingkungan; gizi; kecelakaan; dan penyakit. Faktor sosial-ekonomi mempengaruhi kematian melalui faktor-faktor yang berpengaruh secara langsung.

Berdasarkan kerangka kerja Mosley dan Chen, bagian ini mengulas perbedaan mortalitas anak menurut karakteristik demografi anak dan ibunya seperti umur ibu saat melahirkan, urutan kelahiran, jarak kelahiran, dan berat bayi saat lahir. Kematian bayi dan anak menurut jenis kelamin juga akan diulas (Tabel 8.4).

Kematian neonatal untuk bayi pria lebih tinggi daripada bayi perempuan disebabkan bayi pria lebih rentan dari bayi perempuan saat konsepsi. SDKI 2007 dan 2012 menyatakan bahwa semua jenis kematian bayi dan anak perempuan lebih rendah dari bayi pria. Sebagai contoh, angka kematian neonatal untuk pria adalah 24 kematian per 1.000 kelahiran dibandingkan dengan 16 kematian per 1.000 kelahiran untuk bayi perempuan, dan kematian bayi pria adalah 39 persen lebih tinggi dari kematian bayi perempuan.

Hubungan umur ibu saat melahirkan dengan kematian anak menggambarkan pola hubungan bentuk-U. Anak dari ibu yang sangat muda dan sangat tua saat melahirkan menggambarkan risiko kematian yang tinggi. Pola serupa ditunjukkan oleh semua jenis kematian anak. Angka kematian anak yang tinggi pada wanita yang melahirkan diumur yang sangat muda dan tua kemungkinan berhubungan dengan faktor biologis yang mengakibatkan terjadinya komplikasi selama kehamilan dan saat persalinan.

Hasil SDKI 2012 memperlihatkan bahwa secara umum ada hubungan positif yang nyata antara urutan kelahiran dan peluang meninggal, risiko kematian meningkat pada urutan kelahiran yang tinggi. Sebagai contoh, angka kematian bayi pada kelahiran bayi pertama adalah 35 kematian per 1.000 kelahiran, angka kematian untuk urutan kelahiran ketujuh dan seterusnya adalah 71 kematian per 1.000 kelahiran

Tabel 8.4 Angka kematian anak menurut karakteristik demografi

Angka kematian neonatum, post-neonatum, bayi, anak, dan balita untuk periode 10 tahun sebelum survei menurut karakteristik demografi, Indonesia 2012

Karakteristik demografi	Kematian neonatum (NN)	Kematian post-neonatum (PNN)[1]	Kematian bayi ($_1q_0$)	Kematian Anak ($_4q_1$)	Kematian balita ($_5q_0$)
Jenis kelamin anak					
Pria	24	15	39	10	49
Perempuan	16	12	28	9	37
Umur ibu saat melahirkan					
<20	34	16	50	11	61
20-29	18	13	31	8	39
30-39	17	14	31	11	42
40-49	33	25	58	13	70
Urutan kelahiran					
1	24	11	35	7	41
2-3	15	13	29	9	37
4-6	22	18	40	16	56
7+	43	28	71	26	95
Jarak antar kelahiran[2]					
<2 tahun	36	28	64	20	82
2 tahun	24	19	42	16	58
3 tahun	11	15	27	12	38
4+ tahun	13	12	24	8	32
Berat waktu lahir[3]					
Kecil/sangat kecil	66	18	84	na	na
Rata-rata atau lebih besar	8	10	18	na	na
Tidak tahu/tidak menjawab	117	59	176	na	na

na = tidak sesuai
[1] Dihitung dari selisih antara angka kematian bayi dan kematian neonatum
[2] Tidak termasuk kelahiran pertama
[3] Angka untuk periode lima tahun sebelum survei

Jarak kelahiran yang pendek berhubungan dengan naiknya risiko kematian. Retherford dkk. (1989) meneliti adanya hubungan antara jarak kelahiran yang pendek (Retherford dan lainnya (1989) meneliti hubungan antara jarak kelahiran yang pendek (kurang dari 2 tahun) dan meningkatnya kematian, meskipun telah dikontrol oleh variabel demografi dan sosial-ekonomi lainnya. Seperti yang diperlihatkan Tabel 8.4, semua jenis kematian anak adalah rendah pada jarak kelahiran yang panjang. Kematian anak adalah tiga kali lipat lebih tinggi pada anak yang dilahirkan dengan jarak kelahiran kurng dari 2 tahun dibandingkan dengan anak yang dilahirkan dengan jarak kelahiran 4 tahun atau lebih. Kematian neonatum, pos-neonatum, bayi dan balita adalah dua kali lipat lebih tinggi untuk anak yang lahir dengan jarak kelahiran kurang dari 2 tahun dibandingkan dengan anak yang dilahirkan dengan jarak kelahiran 4 tahun atau lebih.

Penelitian menunjukkan bahwa berat badan bayi saat dilahirkan merupakan faktor penting untuk kelangsungan hidup si bayi (UNICEF dan WHO, 2004). Di SDKI 2012, ibu ditanya sesuai persepsinya, apakah berat badan anaknya saat lahir sangat besar, di atas rata-rata, rata-rata, atau rendah di bawah rata-rata; persepsi ini merupakan pendekatan yang baik untuk berat badan anak. Sesuai yang diharapkan, berat badan bayi saat lahir dan kematian berhubungan negatif. Sebagai contoh, bayi yang dilaporkan lahir dengan berat badan rendah atau sangat rendah menghasilkan kematian neonatum 66 kematian per 1.000 kelahiran, sementara bayi yang lahir dengan berat badan rata-rata atau lebih besar hanya menghasilkan 8 kematian per 1.000 kelahiran.

Tabel Lampiran A-8.1 menyajikan kematian anak menurut provinsi.

8.5 KEMATIAN PERINATAL

Angka kematian perinatal merupakan indikator yang berguna untuk menilai pelayanan persalinan di suatu negara, baik dari segi penggunaan layanan dan kemampuan untuk memastikan kelahiran bayi yang sehat. Dalam SDKI 2012, wanita ditanya untuk melaporkan seluruh kehamilan yang gagal selama lima tahun sebelum survei. Setiap kehamilan dicatat bulan kehamilsnnya. Kematian perinatal adalah jumlah bayi lahir mati yang terjadi setelah kehamilan tujuh bulan dan bayi yang meninggal sebelum berumur tepat satu minggu (kematian neonatum dini) dibagi dengan jumlah kehamilan umur kandungan 7 bulan atau lebih. Perbedaan antara lahir mati dan kematian neonatum dini cukup rumit, tergantung pada pengamatan ada tidaknya tanda-tanda kehidupan setelah kelahiran. Penyebab lahir mati dan kematian neonatum dini tumpang tindih, dan memeriksa hanya satu penyebab dapat mengecilkan tingkat kematian sebenarnya. Untuk alasan ini, disarankan bahwa kedua kejadian digabung dan diperiksa bersamaan. Di SDKI 2012, informasi lahir mati tersedia untuk periode lima tahun sebelum survei dan dikumpulkan menggunakan kalender di bagian akhir kuesioner wanita, sementara, informasi kematian neonatum dini dihitung dari riwayat kelahiran.

Data di Tabel 8.5 menunjukkan bahwa secara keseluruhan ada 118 kasus lahir mati dan 268 kematian neonatum dini dilaporkan dari survei, menghasilkan angka kematian perinatal di Indonesia sebesar 26 kematian per 1.000 kehamilan. Angka ini hampir sama dengan yang dilaporkan SDKI 2007 dan SDKI 2002-2003 (masing-masing 25 dan 24 kematian per 1.000 kehamilan).

Tabel 8.5 Kematian perinatal

Jumlah anak yang lahir mati dan kematian neonatum dini, dan angka kematian perinatal untuk periode lima tahun sebelum survei, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Jumlah lahir mati[1]	Jumlah kematian neonatum dini[2]	Kematian perinatal[3]	Jumlah kehamilan 7 bulan atau lebih
Umur ibu melahirkan				
<20	19	34	34	1.544
20-29	82	133	23	9.341
30-39	74	87	29	5.612
40-49	7	13	32	631
Jarak kehamilan dalam bulan[4]				
Kehamilan pertama	64	119	30	6.132
<15	9	26	45	776
15-26	16	30	28	1.664
27-38	13	29	29	1.457
39+	79	64	20	7.100
Daerah tempat tinggal				
Perkotaan	54	112	20	8.459
Perdesaan	127	156	33	8.670
Pendidikan ibu				
Tidak sekolah	8	6	36	372
Tidak tamat SD	22	37	40	1.480
Tamat SD	83	83	41	4.059
Tidak tamat SMTA	39	59	22	4.477
Tamat SMTA	25	66	20	4.619
Perguruan Tinggi[5]	4	16	9	2.123
Kuintil Kekayaan				
Terbawah	66	68	35	3.792
Menengah bawah	46	51	29	3.301
Menengah	39	66	31	3.351
Menengah atas	16	48	19	3.453
Teratas	15	34	15	3.232
Jumlah	181	268	26	17.129

[1] Lahir mati adalah kematian bayi setelah kehamilan tujuh bulan atau lebih.
[2] Kematian neonatum dini adalah kematian bayi baru lahir umur 0-6 hari.
[3] Jumlah lahir mati dan kematian neonatum dini dibagi jumlah kehamilan tujuh bulan atau lebih per 1.000 kehamilan.
[4] Kategori sesuai dengan jarak kelahiran < 24 bulan, 25-35 bulan, 36-47 bulan, dan 48+ bulan.
[5] Perguruan tinggi terdiri dari Diploma, S1/S2/S3

Kematian perinatal adalah tinggi di antara ibu muda dan ibu berumur 40-49. Kematian perinatal tertinggi terdapat pada wanita yang melahirkan dengan jarak kelahiran kurang dari dua tahun (45 kematian per 1.000 kehamilan). Daerah perdesaan mempunyai kematian perinatal yang lebih tinggi daripada daerah perkotaan (33 dibandingkan dengan 20 kematian per 1.000 kehamilan). Kematian perinatal mempunyai hubungan yang negatif dengan pendidikan ibu dan status kekayaan, kematian perinatal terendah terjadi pada wanita dengan pendidikan SMA ke atas dan pada wanita di kelompok kekayaan teratas. Tabel lampiran A-8.2 tentang kematian perinatal menurut provinsi.

8.6 PERILAKU FERTILITAS DENGAN RISIKO TINGGI

Banyak studi menemukan adanya hubungan yang kuat antara peluang kematian anak dan pola fertilitas. Secara umum, peluang anak meninggal adalah lebih tinggi pada anak yang dilahirkan oleh ibu yang berumur terlalu muda atau terlalu tua, dilahirkan setelah jarak kelahiran yang pendek, atau dilahirkan oleh ibu dengan paritas yang tinggi. Untuk analisis ini, ibu dikelompokkan terlalu muda bila umurnya di bawah 18 tahun dan terlalu tua bila berumur di atas 34 tahun saat kelahiran anak. Jarak kelahiran yang pendek didefinisikan sebagai kelahiran terjadi dalam waktu dua tahun dari kelahiran sebelumnya, dan urutan kelahiran tinggi didefinisikan sebagai kelahiran yang terjadi setelah tiga atau lebih kelahiran sebelumnya (urutan kelahiran empat atau di atasnya). Berdasarkan klasifikasi silang dari kelahiran dengan mengkombinasikan ketiga karakteristik tersebut, suatu kelahiran bisa berada pada nol sampai tiga karakteristik risiko tinggi. Seluruh kategori risiko adalah risiko petensial yang tak dapat dihindari kecuali untuk kelahiran pertama yang terjadi pada ibu berumur 18-34 tahun.

Tabel 8.6 Kelahiran risiko tinggi

Distribusi persentase anak yang dilahirkan selama 5 tahun sebelum survei menurut kategori risiko tinggi dan distribusi persentase wanita berstatus kawin yang berisiko tinggi melahirkan anak menurut kategori risiko pada saat survei, Indonesia 2012

Kategori risiko	Kelahiran selama 5 tahun sebelum survei		Persentase wanita berstatus kawin[1]
	Persentase kelahiran	Rasio risiko	
Kategori tidak berisiko tinggi	35,5	1,00	30,5
Risiko kategori tidak dapat dihindarkan			
Urutan kelahiran pertama antara umur 18 dan 34 tahun	35,4	1,35	5,8
Kategori berisiko tinggi tunggal			
Umur ibu <18	2,4	2,07	0,3
Umur ibu >34	7,6	1,51	21,7
Jarak kelahiran <24 bulan	4,0	1,73	8,5
Urutan kelahiran >3	5,6	1,94	4,1
Subtotal	19,6	1,75	34,7
Kategori berisiko tinggi ganda			
Umur <18 dan jarak kelahiran <24 bulan[2]	0,1	(14,68)	0,1
Umur >34 dan jarak kelahiran <24 bulan	0,2	(0,71)	0,6
Umur >34 dan urutan kelahiran >3	7,1	1,85	24,8
Umur >34 dan jarak kelahiran <24 bulan dan urutan kelahiran >3	0,8	2,57	1,7
Jarak kelahiran <24 bulan dan urutan kelahiran >3	1,3	3,23	1,8
Subtotal	9,5	2,19	29,1
Dalam kategori risiko tinggi	29,1	1,89	63,7
Jumlah	100,0	-	100,0
Total kelahiran	16.954	-	33.465

Catatan: Rasio risiko adalah rasio dari proporsi anak yang meninggal dalam kategori risiko tinggi tertentu terhadap proporsi anak yang meninggal yang tidak termasuk dalam kategori risiko tinggi manapun.
Angka dalam kurung adalah berdasarkan 25-49 kasus tak tertimbang.
na = tidak sesuai
[1] Wanita dimasukkan dalam klategori berisiko tinggi adalah berdasarkan status mereka saat kelahiran anak, jika mereka mengandung saat survei umurnya kurang dari 17 tahun 3 bulan atau lebih tua dari 34 tahun 2 bulan, kelahiran terakhir kurang dari 15 bulan yang lalu, atau kelahiran terakhir adalah urutan ke 3 atau di atasnya.
[2] Termasuk kategori umur <18 tahun dan urutan kelahiran >3
[a] Termasuk wanita yang sudah disterilisasi

Tabel 8.6 menunjukkan distribusi persentase kelahiran yang terjadi selama periode lima tahun sebelum survei dan distribusi wanita berstatus kawin terhadap berbagai kategori risiko. Tabel ini juga menunjukkan risiko relatif dari anak yang meninggal pada berbagai kategori risiko. Tujuan tabel ini adalah utuk mengidentifikasi perubahan perilaku reproduksi mana yang dapat mengurangi kematian bayi dan anak. Risiko kematian direpresentasikan oleh proporsi anak yang lahir selama lima tahun sebelum survei namun sudah

meninggal saat survei dilakukan. "Rasio risiko" adalah rasio dari proporsi anak yang meninggal dalam kategori risiko tinggi tertentu terhadap proporsi anak yang meninggal yang tidak termasuk dalam kategori risiko tinggi manapun.

Di antara anak yang lahir selama periode lima tahun sebelum survei, 36 persen dari mereka tidak dalam kategori risiko tinggi, 29 persen lainnya berada dalam salah satu kategori risiko tinggi yang dapat dihindari, 20 persen berada dalam kategori risiko tinggi tunggal, dan 9 persen berada dalam kategori risiko tinggi ganda. Sisanya (35 persen) berada pada kategori risiko yang tak dapat dihindari, yaitu kelahiran pertama pada wanita umur 18-34 tahun. Jadi, 64 persen kelahiran di Indonesia berada dalam kategori risiko tinggi. Kategori risiko yang paling umum adalah ibu yang berumur muda (lebih muda dari 18 tahun), jarak kelahiran kurang dari dua tahun, serta urutan kelahiran tiga atau di atasnya.

Rasio risiko, yang menggambarkan hubungan antara kategori risiko tertentu dan kategori referensi, digunakan untuk membandingkan kematian menurut kategori risiko. Kategori risiko tinggi tunggal dengan persentase kelahiran terbesar terjadi pada ibu yang berumur di atas 34 tahun, sebesar 8 persen kelahiran. Kematian terkait kategori ini adalah 1,5 kali lipat dari kelahiran tanpa risiko kematian tinggi. Anak yang dilahirkan oleh ibu yang berumur di bawah 18 tahun adalah dua kali lipat lebih risikonya meninggal terhadap mereka yang dilahirkan oleh ibu yang tidak dalam kategori risiko tinggi. Anak yang lahir dalam urutan kelahiran lebih dari 3 adalah dua kali lipat risikonya meninggal terhadap anak yang tidak dalam kategori risiko tinggi.

Kategori risiko tinggi ganda dengan persentase kelahiran terbesar adalah anak yang dilahirkan dengan urutan kelahiran lebih dari tiga oleh ibu yang berumur 34 tahun ke atas (7 persen). Kategori risiko tinggi ganda dengan rasio risiko kematian tertinggi adalah kombinasi jarak kelahiran kurang dari 24 bulan dan urutan kelahiran lebih dari 3. Satu persen anak dalam kategori ini, peluang meninggalnya adalah tiga kali lipat lebih dibandingkan anak-anak tanpa risiko kematian tinggi.

Kolom terakhir pada Tabel 8.6 menunjukkan distribusi wanita berstatus kawin menurut kategori risiko di mana kelahiran akan terjadi pada saat survei. Kolom ini didasarkan pada asumsi yang tidak memperhitungkan keluarga berencana, masa nifas, dan puasa seks dalam waktu yang lama. Di antara wanita berstatus kawin yang melahirkan selama periode lima tahun sebelum survei, 31 persen tidak dalam risiko kematian manapun, dan 64 persen berada dalam salah satu kategori risiko tinggi yang dapat dihindari, 35 persen memiliki faktor risiko tinggi tunggal, dan 29 persen memiliki faktor risiko tinggi ganda.

KESEHATAN REPRODUKSI 9

Temuan Utama:

- Sembilan puluh enam persen ibu hamil menerima pelayanan antenatal dari tenaga kesehatan profesional. Proporsi ini sedikit meningkat dari yang dilaporkan SDKI 2007.
- Delapan puluh delapan persen ibu hamil melakukan pemeriksaan kehamilan empat kali atau lebih selama kehamilan, angka ini membaik kurang lebih enam persen dari SDKI 2007.
- Lebih dari separo (53 persen) ibu hamil mendapat penjelasan komplikasi selama kehamilan, meningkat dari 39 persen yang dilaporkan SDKI 2007.
- Enam puluh persen dari anak terakhir dilahirkan ibu selama periode lima tahun sebelum survei terlindungi dari neonatal tetanus.
- Delapan puluh tiga persen persalinan yang terjadi pada kurun waktu lima tahun sebelum survei dibantu oleh tenaga kesehatan profesional, meningkat dari 73 persen yang dilaporkan SDKI 2007.
- Persentase persalinan yang dilakukan di fasilitas kesehatan meningkat dari 46 persen pada SDKI 2007 menjadi 63 persen pada SDKI 2012 .
- Delapan puluh persen ibu menerima perawatan nifas dalam kurun waktu 1-2 hari setelah melahirkan.
- Kelahiran yang terjadi dua tahun terakhir sebelum survei, 12 persen menerima perawatan dalam kurun waktu satu jam setelah melahirkan, dan 23 persen menerima perawatan dalam kurun waktu 1-3 jam setelah melahirkan.

Bab ini menyajikan temuan SDKI 2012 mengenai beberapa beberapa hal penting terkait kesehatan reproduksi, antara lain tentang pemeriksaan kehamilan, komplikasi kehamilan dan persalinan, perawatan masa nifas, dan masalah akses pelayanan kesehatan.

Informasi tentang pemeriksaan kehamilan dan perawatan nifas sangat penting dalam mengidentifikasi kelompok wanita yang tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan sebagai bahan dalam perencanaan dan peningkatan pelayanan. Pemeriksaan kehamilan dibedakan menurut jenis tenaga kesehatan, jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan, umur kehamilan pada kunjungan pertama, jenis pelayanan kesehatan dan informasi yang diberikan ketika pemeriksaan kehamilan termasuk imunisasi tetanus toksoid. Sedangkan untuk pelayanan pada saat melahirkan diuraikan menurut tempat persalinan, penolong persalinan, dan beberapa informasi tentang persiapan kelahiran.

Informasi pelayanan kesehatan masa nifas dari SDKI 2012 lebih rinci daripada SDKI 2007. SDKI 2012 mengumpulkan informasi tentang pemeriksaan setelah melahirkan baik ibu maupun bayinya yang baru lahir. Gabungan rinci tentang komplikasi kehamilan dan angka kematian neonatal serta angka kematian bayi, informasi ini membantu mengidentifikasi kelompok ibu yang tidak terjangkau pelayanan kesehatan.

9.1 PEMERIKSAAN KEHAMILAN

9.1.1 Pemeriksaan Kehamilan

Tabel 9.1 memperlihatkan distribusi persentase ibu yang melahirkan pada kurun waktu lima tahun sebelum survei menurut tenaga pemeriksa kehamilan selama kehamilan dan karakteristik latar belakangnya. Tabel Lampiran A-9.1 menyajikan cakupan pemeriksaan kehamilan menurut provinsi.

Di Indonesia, pemeriksaan kehamilan didefinisikan sebagai pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh tenaga medis profesional (dokter umum, dokter ahli kebidanan dan kandungan, perawat, bidan, atau bidan di desa). Walaupun ibu mendapat pelayanan pemeriksaan kehamilam dari lebih dari satu jenis tenaga kesehatan, namun untuk keperluan deteksi awal kehamilan risiko tinggi, hanya tenaga medis profesional tertinggi yang disajikan.

Di antara 45.607 wanita umur 15-49 tahun yang berhasil diwawancarai dalam survei, 14.782 ibu melahirkan bayi hidup pada kurun waktu lima tahun sebelum survei. Sembilan puluh enam persen wanita mendapat pemeriksaan kehamilan dari tenaga kesehatan, dengan rincian: 75 persen mendapat pemeriksaan dari perawat, bidan, atau bidan di desa; 19 persen mendapat pemeriksaan dari dokter ahli kebidanan dan kandungan, dan 1 persen mendapat pemeriksaan dari dokter umum. Dibandingkan dengan SDKI tahun 2007(BPS dan ORC Macro, 2008), cakupan pemeriksaan kehamilan yang dilaporkan SDKI 2012 sedikit meningkat (masing-masing 93 dan 96 persen).

Tabel 9.1 Pemeriksaan Kehamilan

Distribusi persentase wanita 15-49 tahun yang mempunyai anak lahir hidup terakhir dalam lima tahun sebelum survei menurut tenaga pemeriksa kehamilan dan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Dokter Umum	Dokter kandungan	Perawat/ bidan/ bidan di desa	Dukun	Lainnya/ tidak tahu	Tidak terjawab	Tidak periksa	Jumlah	Persentase yang periksa hamil dari tenaga medis profesional[1]	Jumlah Ibu
Umur saat melahirkan										
<20	1,0	8,3	85,4	1,5	0,6	0,1	3,0	100,0	94,7	1.328
20-34	1,5	20,3	74,4	0,7	0,4	0,4	2,4	100,0	96,1	11.045
35-49	1,5	19,1	73,7	0,7	0,2	0,9	4,0	100,0	94,3	2.409
Urutan kelahiran										
1	1,5	20,0	76,3	0,4	0,3	0,1	1,4	100,0	97,7	5.543
2-3	1,4	20,7	73,9	0,7	0,5	0,5	2,3	100,0	96,0	7.115
4-5	1,6	13,0	77,0	1,6	0,5	1,2	5,1	100,0	91,6	1.588
6+	1,4	4,4	76,8	2,6	0,3	0,4	14,3	100,0	82,5	536
Daerah tempat tinggal										
Perkotaan	1,2	27,9	69,1	0,1	0,3	0,5	0,9	100,0	98,2	7.358
Perdesaan	1,7	10,2	81,3	1,4	0,5	0,4	4,5	100,0	93,3	7.424
Pendidikan										
Tidak Sekolah	1,2	3,2	59,6	4,9	0,5	0,8	29,8	100,0	64,0	274
Tidak tamat SD	1,1	4,9	82,5	2,1	0,7	0,3	8,3	100,0	88,5	1.242
Tamat SD	1,2	5,5	87,4	1,3	0,7	0,8	3,1	100,0	94,0	3.516
Tidak Tamat SMTA	1,6	9,6	86,2	0,5	0,3	0,3	1,6	100,0	97,4	3.965
Tamat SMTA	1,8	26,8	69,7	0,2	0,3	0,3	0,9	100,0	98,4	4.021
Perguruan Tinggi[2]	1,1	61,7	36,3	0,1	0,0	0,5	0,3	100,0	99,1	1.765
Kuintil kekayaan										
Terbawah	1,6	3,3	82,1	2,8	0,8	0,7	8,8	100,0	86,9	3.035
Menengah bawah	1,7	8,5	85,6	0,6	0,7	0,5	2,5	100,0	95,8	2.881
Menengah	1,5	13,4	82,8	0,2	0,2	0,4	1,5	100,0	97,7	2.939
Menengah Atas	1,5	23,7	73,8	0,1	0,2	0,4	0,3	100,0	99,0	3.105
Teratas	1,1	47,2	51,1	0,0	0,2	0,2	0,2	100,0	99,4	2.822
Jumlah	1,4	19,0	75,3	0,8	0,4	0,4	2,7	100,0	95,7	14.782

Catatan:
Jika lebih dari satu tenaga pemeriksa yang disebutkan, hanya tenaga pemeriksa dengan kualifikasi tertinggi yang dicantumkan dalam tabel ini.
[1] Tenaga medis profesional termasuk dokter, perawat, bidan,bidan di desa.
[2] Perguruan Tinggi terdiri dari Diploma, S1/S2/S3

Tabel 9.1 menunjukkan bahwa cakupan pemerikasaan kehamilan mencapai 90 persen atau lebih tinggi dalam semua kelompok. Namun terkecuali ibu yang urutan kehamilan ke enam atau lebih (83 persen), dan ibu yang tidak sekolah dan tidak tamat SD (masing-masing 64 persen dan 89 persen), dan ibu dengan kuintil kekayaan terbawah (87 persen).

Memperhatikan terutama pada katagori tenaga kesehatan, terdapat perbedaan yang berarti, khusus pada pemeriksaan kehamilan dari dokter kebidanan dan kandungan. Sebagai contoh, duapuluh delapan persen wanita yang tinggal di perkotaan memeriksakan kehamilannya dengan dokter kebidanan dan kandungan, hanya 10 persen bagi wanita yang tinggal di perdesaan. Terdapat juga hubungan yang kuat antara jenis tenaga kesehatan dan tingkat pendidikan ibu serta status ekonominya. Ibu dengan pendidikan tinggi dan indeks kekayaan kuaintil tertinggi cenderung lebih banyak menerima pemeriksaan kehamilan dari dokter kebidanan dan kandungan dibandingkan dengan kelompok wanita lainnya.

9.1.2 Jumlah Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan dan Saat Kunjungan Pertama

Program kesehatan ibu di Indonesia menganjurkan agar ibu hamil melakukan paling sedikit empat kali kunjungan untuk pemeriksaan selama kehamilan, menurut jadwal 1-1-2 yaitu: paling sedikit sekali kunjungan dalam trimester pertama, paling sedikit sekali kunjungan dalam trimester kedua, dan paling sedikit dua kali kunjungan dalam trimester ketiga (Kemenkes, 2012).

Tabel 9.2 menyajikan bahwa 74 persen ibu hamil memenuhi jadwal yang dianjurkan pemerintah, yaitu paling sedikit sekali di trimester pertama, sekali di trimester kedua, dan dua kali di trimester ketiga (ANC 1-1-2). Hal ini lebih tinggi dari cakupan pemeriksaan kehamilan yang ditemukan pada SDKI 2007 (66 persen) (BPS dan ORC Macro, 2008) tapi masih dibawah target 95 persen menurut Program Kesehatan Ibu. Ibu hamil di perkotaan cenderung lebih melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan 1-1-2 dibandingkan dengan ibu hamil yang tinggal di perdesaan (masing-masing 80 persen dan 68 persen).

Lebih rinci tentang jumlah dan waktu kunjungan menunjukkan 88 persen wanita hamil melakukan 4 kali atau lebih kunjungan pemeriksaan kehamilan. Wanita tinggal di perkotaan cenderung lebih tinggi memiliki kunjungan pemeriksaan kehamilan 4 kali atau lebih dibandingkan dengan wanita yang tinggal di perdesaan (masing-masing 93 persen dan 83persen).

Tabel 9.2 Jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan dan saat kunjungan pertama

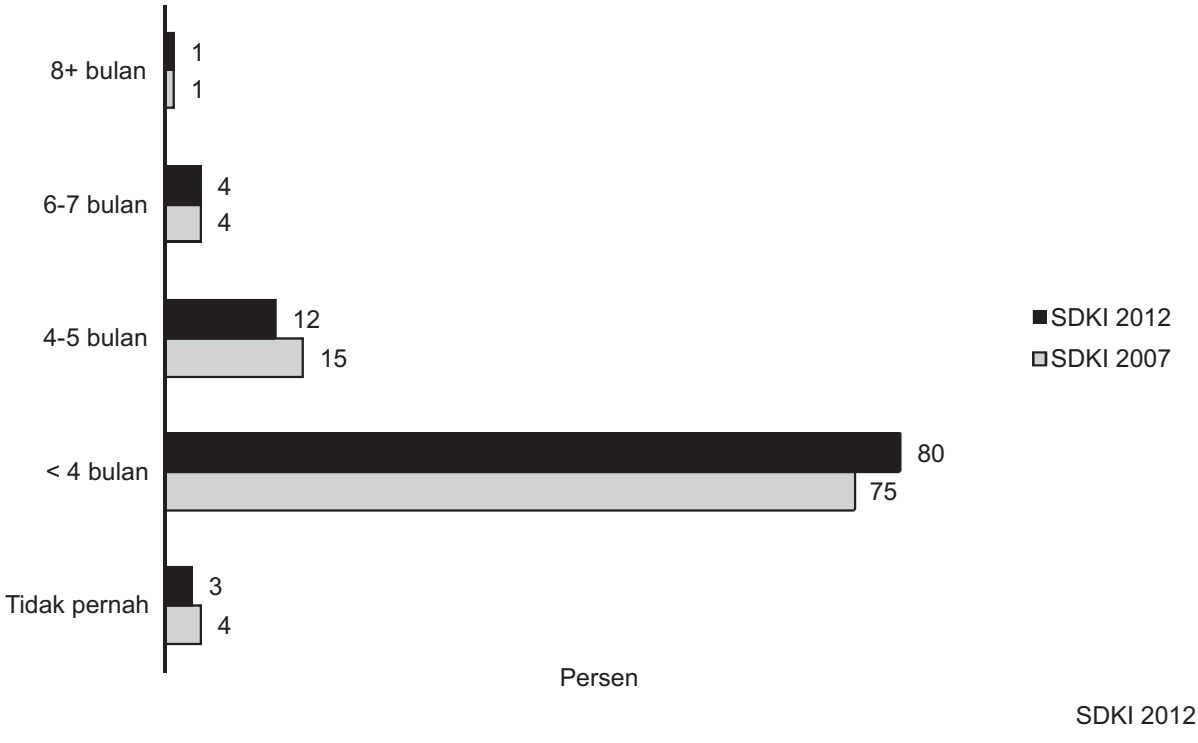
Distribusi persentase wanita umur 15-49 tahun yang mempunyai anak lahir hidup terakhir dalam lima tahun sebelum survei menurut jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan, umur kandungan dalam bulan pada saat kunjungan pertama dan jadwal paling sedikit satu kunjungan pemeriksaan kehamilan dalam setiap trimester, median umur kehamilan pada kunjungan pertama, berdasarkan daerah tempat tinggal, Indonesia 2012

Jumlah dan waktu kunjungan pemeriksaan kehamilan	Daerah Tempat tinggal		Jumlah
	Perkotaan	Perdesaan	
Jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan			
Tidak pernah	1,3	4,8	3,1
1	0,9	2,2	1,6
2-3	4,6	9,1	6,9
4+	92,7	82,9	87,8
Tidak tahu/tidak terjawab	0,6	0,9	0,7
Jumlah	100,0	100,0	100,0
Paling sedikit sekali kunjungan selama trimester I, paling sedikit sekali kunjungan pada trimester II, dan paling sedikit 2 kali kunjungan selama trimester III	79,6	67,5	73,5
Umur kandungan dalam bulan pada saat kunjungan pertama pemeriksaan kehamilan			
Tidak diperiksa	1,3	4,8	3,1
<4	84,8	76,2	80,4
4-5	10,7	12,7	11,7
6-7	2,6	4,3	3,5
8+	0,4	1,3	0,9
Tidak tahu/tidak terjawab	0,2	0,6	0,4
Jumlah	100,0	100,0	100,0
Jumlah wanita	7.358	7.424	14.782
Median bulan umur kandungan pada kunjungan pertama (untuk ibu yang melakukan pemeriksaan kehamilan)	2,1	2,6	2,4
Jumlah wanita melakukan pemeriksaan kehamilan	7.260	7.066	14.327

Secara keseluruhan, 80 persen ibu hamil melakukan kunjungan pemeriksaan kehamilan pertama sebelum kehamilan bulan ke empat kehamilan. Median umur kehamilan pada kunjungan pertama pemeriksaan kehamilan adalah 2,4.Wanita yang tinggal di perkotaan cenderung lebih banyak melakukan pemeriksaan kehamilan pertama sebelum kehamilan bulan ke empat (masing-masing 85 persen dan 76 persen), Median umur kehamilan pada kunjungan pertama adalah 2,1 dan 2,6 untuk masing-masing di perkotaan dan perdesaan.

Persentase kunjungan pemeriksaan kehamilan pertama sebelum kehamilan bulan ke empat lebih tinggi pada 2012 dibandingkan dengan 2007 (75 persen) yang dapat dilihat pada Gambar 9.1.

Gambar 9.1 Tren Kunjungan Pemeriksaan Kehamilan Saat Kunjungan Pertama



9.1.3 Komponen Pemeriksaan Kehamilan

Di Indonesia, setiap ibu hamil dianjurkan mendapat pelayanan sebagai berikut: pengukuran tinggi dan berat badan, pengukuran tekanan darah, pemberian pil zat besi, imunisasi tetanus toksoid, dan pemeriksaan tinggi fundus, dan konsultasi kehamilan untuk mempersiapkan kelahiran bayi (Kemenkes, 2012). Selain itu, dalam setiap kunjungan pemeriksaan kehamilan, ibu harus mendapatkan penjelasan tentang tanda-tanda komplikasi kehamilan, ditimbang berat badannya, diperiksa darah dan urin.

Tabel 9.3 menunjukkan persentase wanita yang mendapatkan pelayanan pemeriksaan kehamilan selama kunjungan pemeriksaan untuk mayoritas kelahirannya saat itu dan persentase mendapatkan tablet atau sirup/cairan Zat Besi selama masa kehamilan mereka. Tabel Lampiran A-9.2 menyajikan variasi komponen pelayanan pemeriksaan kehamilan yang diterima wanita hamil menurut provinsi.

Lebih dari sembilan dari sepuluh wanita dilaporkan mendapatkan pemeriksaan tinggi fudus (98 persen) dan pengukuran tekanan darah (96 persen), dan penimbangan berat badan (95 persen). Delapan dari sepuluh wanita memiliki paling sedikit satu kali konsultasi pada kemajuan kehamilannya. Hanya sedikit lebih dari separo (53 persen) wanita hamil yang mendapat informasi tentang tanda-tanda komplikasi kehamilan. Tujuh puluh enam wanita hamil mendapat tablet atau sirup Zat Besi selama kehamilan pada kelhiran terakhir.[1] Kurang dari separo ibu hamil melakukan pemeriksaan urin atau pengukuran tekanan darah (masing-masing 48 dan 41 persen) atau pengukuran tinggi badan (47 persen).

Secara umum, kemungkinan ibu menerima bebagai variasi pelayanan pemeriksaan kehamilan dalam Tabel 9.3 menurun sesuai dengan urutan kelahiran. Sebagai contoh, 85 persen ibu yang mendapatkan pemeriksaan kehamilan pada kelahiran pertama dilaporkan bahwa mereka menerima konsultasi tentang persiapan persalinan dibandingkan dengan 69 persen ibu yang melahirkan ke enam kali atau lebih. Perbedaan terutama pada proporsi ibu yang tinggal di perkotaan dan perdesaan yang mengakui

[1] Informasi tambahan pada konsumsi suplemen zat besi dibahas pada Bab 11

Tabel 9.3 Komponen Pemeriksaan Kehamilan

Diantara wanita umur 15-49 tahun yang mempunyai anak lahir hidup dalam lima tahun sebelum survei, persentase wanita yang mendapat pelayanan pemeriksaan kehamilan untuk kelahiran hidup yang terbaru, menurut jenis pelayanan yang diterima, dan persentase yang menerima tablet atau sirup Zat besi untuk kelahiran hidup yang terbaru menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteritik latar belakang	Jenis pelayanan kesehatan yang didapatkan ibu yang mempunyai anak lahir hidup terakhir dalam lima tahun sebelum survei							Persentase ibu yang mempunyai anak lahir hidup dalam lima tahun terakhir yang:	
	Informasi tentang tanda-tanda komplikasi kehamilan	Pengukuran tekanan darah	Pemeriksaan urine	Pemeriksaan darah	Pemeriksaan perut	Konsultasi	Jumlah ibu	Mendapat pil zat besi atau sirup	Jumlah ibu
Umur saat melahirkan									
<20	49,8	93,5	43,9	38,6	98,0	79,7	1.286	74,3	1.328
20-34	54,3	96,4	47,9	40,7	98,0	85,1	10.748	76,8	11.045
35-49	48,8	95,9	48,7	43,8	98,2	82,3	2.293	70,2	2.409
Urutan kelahiran									
1	56,8	96,5	49,8	42,1	97,8	85,3	5.458	78,3	5.543
2-3	52,9	96,5	48,1	41,0	98,4	85,4	6.923	76,8	7.115
4-5	42,8	94,5	43,2	39,2	98,0	78,5	1.489	64,8	1.588
6+	41,0	88,5	31,3	33,8	95,3	69,0	457	59,8	536
Daerah tempat tinggal									
Perkotaan	57,1	98,2	52,3	45,4	98,7	87,9	7.260	79,5	7.358
Perdesaan	48,7	93,8	42,9	36,5	97,4	80,3	7.066	71,5	7.424
Pendidikan									
Tidak Sekolah	27,8	79,9	30,2	39,8	93,3	62,3	190	36,7	274
Tidak tamat SD	35,4	89,8	36,9	36,6	95,9	72,2	1.136	61,5	1.242
Tamat SD	48,1	94,7	43,3	41,7	97,5	77,1	3.380	70,4	3.516
Tidak Tamat SMTA	51,3	96,4	48,9	39,0	98,2	83,8	3.897	77,6	3.965
Tamat SMTA	60,3	98,0	52,1	41,2	98,8	90,3	3.974	80,0	4.021
Perguruan Tinggi[1]	63,6	99,2	52,6	46,9	98,9	94,5	1.751	86,3	1.765
Kuintil kekayaan									
Terbawah	42,1	89,5	35,7	35,0	95,6	72,0	2.746	61,6	3.035
Menengah bawah	49,9	95,6	45,2	41,2	97,9	81,0	2.797	74,8	2.881
Menengah	53,7	97,6	47,7	41,1	98,9	85,5	2.884	77,5	2.939
Menengah Atas	57,5	97,8	53,2	42,1	99,0	88,4	3.089	79,5	3.105
Teratas	61,0	99,3	55,9	45,4	98,7	93,1	2.809	84,6	2.822
Jumlah	53,0	96,0	47,7	41,0	98,0	84,1	14.327	75,5	14.782

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

tentang tanda-tanda komplikasi kehamilan (masing-masing 57 persen dan 49 persen), dan ibu yang periksa urin (masing-masing 52 persen dan 42 persen) atau pemriksaan tekanan darah (masing-masing 45 persen dan 37 persen). Ibu yang tinggal di perkotaan juga cenderung minum tablet atau sirup Zat Besi selama kehamilan daripada ibu yang di perdesaan (masing-masing 80 persen dan 72 persen).

Tingkat pendidikan ibu dan status ekonominya memiliki hubungan positif dengan beberapa komponen pemeriksaan kehamilan. Sebagai contoh, proporsi menerima informasi tentang komplikasi kehamilan meningkat dari 28 persen diantara ibu dengan pendidikan tidak sekolah menjadi 64 persen diantara ibu yang berpendidikan Perguruan Tinggi.

9.1.4 Imunisasi Tetanus Toksoid

Imunisasi Tetanus Toksoid diberikan kepada wanita selama kehamilan untuk menghindari kematian neonatal. Imunisasi untuk wanita hamil adalah suatu program yang dikoordinasikan oleh Direktorat Imunisasi dan Direktorat Kesehatan Ibu dan Anak di Kementerian Kesehatan. Program tersebut menganjurkan agar ibu mendapat dua kali imunisasi tetanus toksoid (TT) selama kehamilan

pertama. Imunisasi ulang diberikan satu kali pada setiap kehamilan berikutnya untuk memelihara perlindungan penuh. Dalam tahun-tahun terakhir ini, imunisasi TT juga diberikan kepada calon pengantin wanita, sehingga setiap kehamilan yang terjadi dalam tiga tahun sejak pernikahan akan dilindungi terhadap penyakit tetanus (Kementerian Kesehatan, 2005).

Tabel 9.4 menunjukkan persentase wanita yang melahirkan anak dalam lima tahun terkhir sebelum survei yang dilaporkan menerima imunisasi TT selama kehamilan pada kelahiran anak terakhir. Tabel yang sama menunjukkan persentase wanita yang persalinan terakhir telah mendapatkan perlindungan untuk mencegah kematian neonatal. Bayi dikatakan sepenuhnya terlindungi jika memenuhi salah satu kriteria berikut ini: 1). Ibu mendapatkan imunisasi TT dua kali selama kehamilan; 2). Ibu mendapatkan dua atau lebih imunisasi TT dalam kelahiran tiga tahun terakhir; 3). Ibu mendapatkan paling sedikit tiga kali imunisasi TT dalam kelahiran 5 tahun terakhir; 4). Ibu memiliki paling sedikit empat atau lebih imunisasi TT dalam kelahiran 10 tahun terakhgir; atau 5). Ibu mendapatkan paling sedikit lima kali atau lebih imunisasi TT dalam setiap saat sebelum kelahiran terakhir.

Tabel 9.4 Imunisasi tetanus toksoid

Diantara ibu 15-49 tahun yang mempunyai anak lahir hidup terakhir dalam lima tahun sebelum survei, persentase menerima dua atau lebih imunisasi tetanus toksoid (TT) selama kehamilan anak lahir hidup terakhir dan persentase anak terakhir yang dilahirkan hidup terlindungi tetanus menrurutkarakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Persentase menerima dua atau lebih imunisasi TT selama kehamilan terakhir	Persentase anak terakhir yang dilahirkan hidup terlindungi tetanus[1]	Jumlah Ibu
Umur saat melahirkan			
<20	45,3	57,1	1.328
20-34	45,5	61,2	11.045
35-49	45,0	58,6	2.409
Urutan kelahiran			
1	44,2	60,1	5.543
2-3	47,4	62,9	7.115
4-5	43,4	54,7	1.588
6+	37,9	47,4	536
Daerah tempat tinggal			
Perkotaan	45,4	61,4	7.358
Perdesaan	45,5	59,5	7.424
Pendidikan			
Tidak Sekolah	25,2	29,7	274
Tidak tamat SD	38,1	46,9	1.242
Tamat SD	47,5	59,2	3.516
Tidak Tamat SMTA	47,7	63,4	3.965
Tamat SMTA	48,2	66,4	4.021
Perguruan Tinggi[2]	38,3	57,1	1.765
Kuintil kekayaan			
Terbawah	41,5	52,9	3.035
Menengah bawah	46,3	61,0	2.881
Menengah	47,0	61,8	2.939
Menengah Atas	49,4	65,2	3.105
Teratas	42,9	61,3	2.822
Jumlah	45,4	60,4	14.782

[1] Termasuk ibu yang sudah mendapat dua kali imunisasi TT selama kehamilan anak terakhir, atau 2 atau lebih sudah mendapat imunisasi TT dalam kurun wkatu 3 tahun dari anak terakhir lahir hidup, atau 3 atau lebih imunisasi dalam kurun waktu lima tahun anak terakhir, atau empat atau lebih dalam kurun waktu 10 tahun dari anak terakhir, atau lima atau lebih selama hidup sebelum kelahiran terakhir.
[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Menurut SDKI 2012, 45 persen ibu menerima dua tau lebih imunisasi TT selama kehamilan terakhir, dan 60 persen anak pada kelahiran terakhir selama 5 tahun sebelum survei mendapat perlindungan dari tetanus neonatal. Terdapat sedikit variasi dalam cakupan imunisasi TT menurut umur ibu melahirkan atau tempat tinggal. Cakupan imunisasi TT lebih tinggi diantara ibu pada urutan kelahiran

anak pertama, urutan kelahiran anak kedua, dan urutan kelahiran anak ketiga dibandingkan dengan urutan kelahiran anak lainnya. Walaupun pola tidak jelas, cakupan imunisasi TT juga meningkat sesuai dengan tingkat pendidikan dan kuintil kekayaan.

Tabel Lampiran A-9.3 menyajikan informasi tentang tetanus toksoid menurut provinsi.

9.1.5 KOMPLIKASI KEHAMILAN

Komplikasi kehamilan merupakan masalah kesehatan yang sering terjadi selama kehamilan dan juga pada saat persalinan. Masalah kesehatan ibu bisa saja terjadi sebelum kehamilan yang pada akhirnya berdampak komplikasi pada masa kehamilan. Komplikasi ini dapat berdampak pada kesehatan ibu, kesehatan bayi ketika dilahirkan, atau keduanya.

Dalam rangka mengidentifikasi komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan, responden ditanya tentang tanda dan gejala yang mereka alami ketika kehamilan anak yang terakhir. Tabel 9.5 menunjukkan 87 persen ibu melaporkan tidak mengalami komplikasi selama kehamilan. Empat persen mereka mengalami perdarahan berlebihan, 2 persen mengalami mulas sebelum 9 bulan, dan masing-masing kurang dari 1 persen mengalami demam dan kejang-kejang. Delapan persen ibu yang melaporkan tanda dan gejala komplikasi kehamilan lainnya, yaitu hipertensi, kepala pusing, posisi janin sunsang, dan oedema.

Tabel 9.5 Komplikasi selama kehamilan

Persentase kelahiran terakhir dalam lima tahun sebelum survei yang ibunya mengalami komplikasi yang berhubungan dengan kehamilan, menurut jenis komplikasi dan indikator pelayanan ibu hamil, Indonesia 2012

Indikator pelayanan ibu hamil	Mulas sebelum 9 bulan	Perdarahan berlebihan	Demam	Kejang	Lainnya	Tidak terjawab	Tanpa komplikasi	Jumlah kelahiran
Jumlah kunjungan periksa kehamilan								
Tidak pernah	1,1	2,4	1,1	0,0	1,9	12,8	81,7	456
1-3 kali	2,5	3,2	0,7	0,4	4,8	0,0	89,8	1.243
4+ kali	2,2	3,7	0,7	0,3	8,0	0,0	86,7	12.974
Tidak tahu/tidak terjawab	4,4	4,2	0,2	0,0	6,3	0,0	85,4	109
Upaya untuk mengatasi komplikasi								
Tidak ada	3,1	0,9	0,4	0,0	2,8	na	na	41
Istirahat	17,8	12,0	28,0	18,2	11,6	na	na	252
Minum obat	8,8	8,8	15,3	10,3	10,6	na	na	183
Minum Jamu	0,2	0,6	0,0	0,8	0,4			7
Ke dukun bayi	8,4	1,6	4,4	3,3	4,0	na	na	75
Ke bidan	55,9	44,1	56,6	46,7	42,8	na	na	851
Ke dokter	20,9	40,0	27,2	35,0	29,5	na	na	558
Ke fasilitas kesehatan	16,4	27,5	16,7	32,8	22,9	na	na	407
Lainnya	3,9	0,8	3,1	0,0	8,4	na	na	154
Bayi meninggal dalam umur 1 bulan	6,9	7,4	4,0	2,0	16,1	11,9	60,3	154
Persalinan ditolong tenaga kesehatan	2,3	3,9	0,7	0,3	8,2	0,0	86,2	12.466
Persalinan dengan bedah cesar	3,3	7,0	0,9	0,6	14,5	0,0	76,5	1.878
Jumlah	2,2	3,6	0,7	0,3	7,5	0,4	86,8	14.782

Catatan :
Jumlah meliputi tujuh wanita yang menggunakan herbal dan tujuh wanita dengan informasi yang hilang (*missing)* pada tindakan yang dilakukan untuk menangani komplikasi yang terjadi. Wanita mampu memberikan lebih dari satu respon tentang apa yang mereka lakukan untuk mengatasi komplikasi kehamilan yang terjadi, sehingga persentase mengambil berbagai tindakan penanganan komplikasi bertambah lebih dari 100 persen.

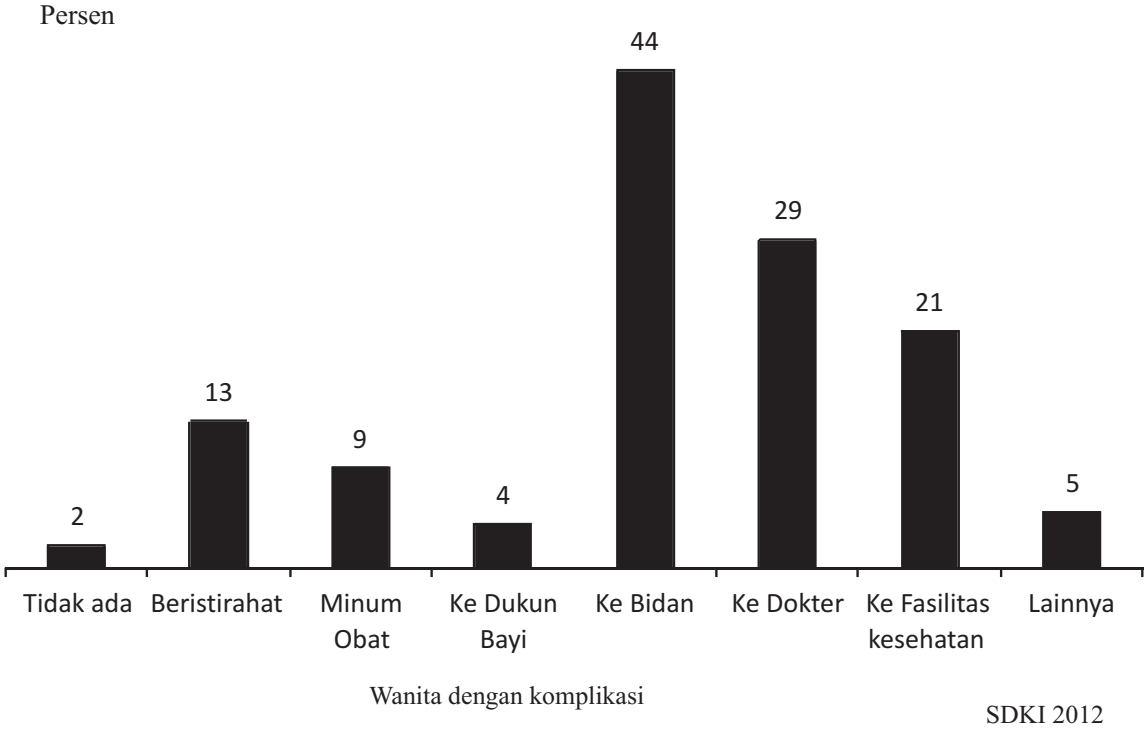
na= tidak berlaku

Persentase komplikasi selama kehamilan bervariasi menurut jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan walaupun perbedaannya tidak terlalu besar. Tabel 9.5 menunjukkan ibu yang tidak memeriksakan kehamilannya cenderung lebih kecil melaporkan bahwa mereka tidak mengalami

komplikasi selama kehamilan dibandingkan dengan ibu yang memperoleh pelayanan pemeriksaan kehamilan 1-3 kali atau empat kali atau lebih kunjungan pemeriksaan kehamilan (masing-masing 82 persen, 90 persen, dan 87 persen).

Ibu yang mengalami komplikasi sewaktu hamil diharapkan mencari nasihat atau pengobatan dari tenaga kesehatan di fasilitas kesehatan. Di antara ibu yang mengalami komplikasi ditanyakan tentang yang telah dilakukan untuk mengatasi komplikasinya. Gambar 9.2 menyajikan persentase wanita yang memiliki pengalaman komplikasi dan dilaporkan melakukan beerapa tindakan mengatasi komplikasi tersebut. Wanita selalu mencari nasihat medis, seperti: 44 persen bertemu dengan bidan, 29 persen bertemu dokter, 21persen pergi ke fasilitas kesehatan. Hanya sedikit wanita yang memiliki pengalaman komplikasi yang tiodak melakukan sesuatu (2 persen).

Gambar 9.2 Tindakan dalam Menghadapi Komplikasi Kehamilan



SDKI 2012

Di antara wanita yang mengalami mulas sebelum 9 bulan, mayoritas dari mereka dilaporkan menemui bidan (56 persen), 21 persen dari mereka menemui dokter, dan 16 persen pergi ke fasilitas kesehatan. Wanita yang mengalami perdarahan berlebihan umumnya menemui bidan (44 persen), bertemu dokter (40 persen), atau pergi ke fasilitas kesehatan (28 persen)

Tabel 9.5 menunjukkan pengalaman mengalami komplikasi memiliki hubungan dengan hasil kehamilan yang merugikan (tidak baik). Wanita yang bayinya meninggal dalam satu bulan setelah persalinan dan wanita yang melahirkan dengan bedah *(Caesar)* cenderung lebih memiliki pengalaman komplikasi selama kehamilan dibandingkan dengan wanita lainnya.

Tabel Lampiran A-9.4 menyajikan informasi tentang variasi pengalaman komplikasi kehamilan menurut provinsi.

9.2 PERSALINAN

Peningkatan proporsi bayi yang dilahirkan dengan bantuan tenaga kesehatan yang profesional adalah langkah yang sangat penting untuk mengurangi risiko kesehatan pada ibu dan anak. Penanganan medis yang tepat dan memadai selama melahirkan dapat menurunkan risiko komplikasi yang

menyebabkan kesakitan serius pada ibu dan bayinya. SDKI 2012 mengumpulkan informasi tentang beberapa aspek persalinan pada semua kelahiran dalam periode lima tahun terakhir sebelum survei, yang terdiri dari tempat persalinan, penolong persalinan, dan persiapan untuk persalinan.

9.2.1 Tempat Persalinan

Salah satu faktor utama berkontribusi tingginya kematian ibu adalah terbatasnya tempat persalinan yang memadai. Upaya untuk mengurangi risiko kesehatan ibu dan anak adalah sangat penting dengan cara meningkatkan persalinan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional.

Tabel 9.6 menunjukkan persentase distribusi kelahiran hidup dari bayi yang dilahirkan pada periode lima tahun sebelum survei menurut karakteristik latar belakang. Enampuluh tiga persen anak yang lahir dalam lima tahun sebelum survei dilahirkan di fasilitas kesehatan, 17 persen dilahirkan di fasilitas kesehatan pemerintah (rumah sakit pemerintah atau pusat kesehatan masyarakat), dan 46 persen dilahirkan di fasilitas kesehatan swasta (rumah sakit swasta, klinik, praktik dokter/bidan/bidan di desa). Gambar 9.3 menyajikan bahwa persentase kelahiran yang bertempat di fasilitas kesehatan (63 persen) yang lebih tinggi dibandingkan dengan hasil SDKI 2007 (46 persen) (BPS dan ORC Mmacro, 2008).

Tabel 9.6 Tempat persalinan

Distribusi persentase kelahiran hidup dalam lima tahun sebelum survei menurut tempat persalinan dan persentase persalinan di fasilitas kesehatan menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

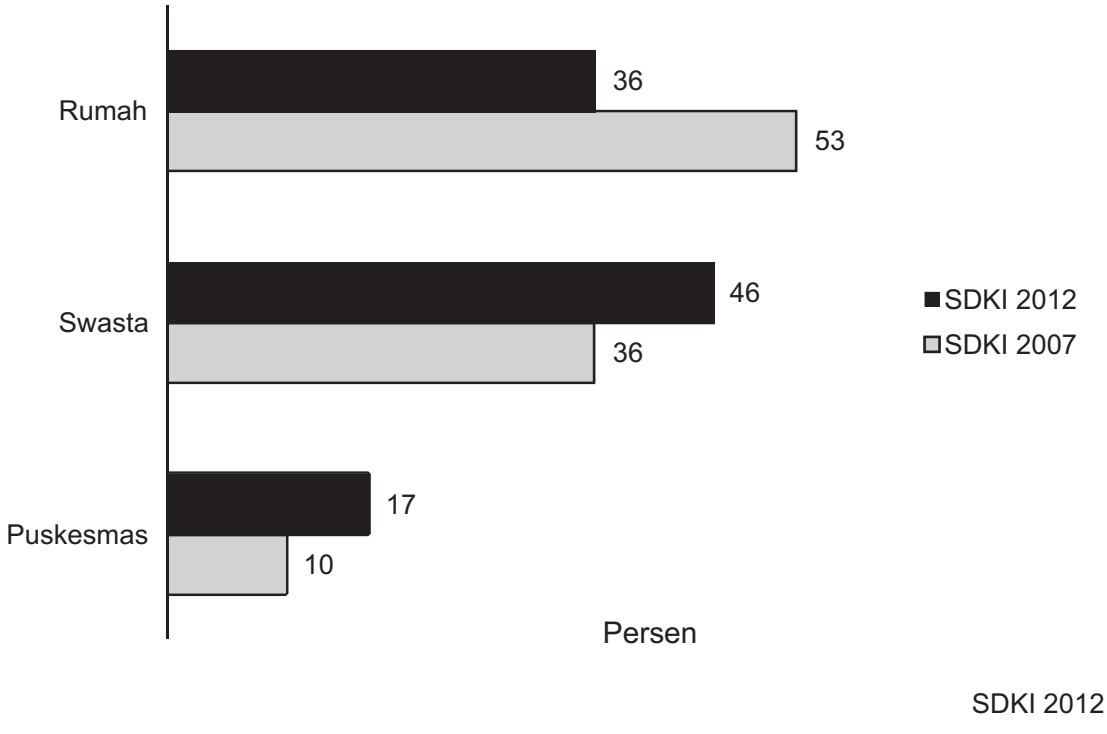
	Fasilitas Kesehatan							
Karakteristik latar belakang	Pemerintah	Swasta	Rumah	Lainnya	Tidak terjawab	Jumlah	Persentase persalinan di fasilitas kesehatan	Jumlah kelahiran
Umur saat melahirkan								
<20	16,8	36,6	46,0	0,2	0,5	100,0	53,4	1.526
20-34	16,4	48,0	34,9	0,1	0,6	100,0	64,4	12.757
35-49	21,9	41,1	35,8	0,2	1,0	100,0	63,0	2.665
Urutan kelahiran								
1	18,4	50,9	30,2	0,1	0,4	100,0	69,3	6.557
2-3	17,0	47,2	34,9	0,2	0,7	100,0	64,2	7.892
4-5	16,0	32,4	50,1	0,1	1,4	100,0	48,4	1.827
6+	13,1	19,1	67,1	0,0	0,6	100,0	32,3	672
Jumlah kunjungan periksa kehamilan[1]								
Tidak pernah	4,7	5,8	77,3	0,4	11,6	100,0	10,6	456
1-3	10,6	22,9	66,3	0,1	0,0	100,0	33,5	1.243
4+	18,7	50,7	30,5	0,1	0,0	100,0	69,4	12.974
Tidak tahu/tidak terjawab	13,5	33,1	53,3	0,0	0,2	100,0	46,6	109
Daerah tempat tinggal								
Perkotaan	20,4	59,5	19,3	0,0	0,6	100,0	80,0	8.405
Perdesaan	14,2	32,5	52,4	0,3	0,6	100,0	46,7	8.543
Pendidikan ibu								
Tidak Sekolah	10,7	10,4	76,1	1,2	1,6	100,0	21,1	365
Tidak tamat SD	15,4	22,6	61,3	0,2	0,5	100,0	38,0	1.457
Tamat SD	14,4	32,8	51,5	0,2	1,1	100,0	47,1	3.976
Tidak Tamat SMTA	15,6	45,4	38,5	0,1	0,4	100,0	61,0	4.438
Tamat SMTA	20,8	59,0	19,7	0,1	0,3	100,0	79,8	4.594
Perguruan Tinggi[2]	20,9	65,5	12,8	0,0	0,8	100,0	86,4	2.119
Kuintil kekayaan								
Terbawah	14,0	15,6	68,9	0,3	1,1	100,0	29,7	3.727
Menengah bawah	20,5	36,7	41,8	0,3	0,7	100,0	57,2	3.255
Menengah	18,5	47,7	33,2	0,1	0,5	100,0	66,2	3.311
Menengah Atas	17,7	61,4	20,5	0,1	0,3	100,0	79,1	3.437
Teratas	16,1	72,0	11,5	0,0	0,4	100,0	88,1	3.218
Jumlah	17,3	45,9	36,0	0,2	0,6	100,0	63,2	16.948

[1] Hanya untuk anak yang dilahirkan dalam lima tahun sebelum survei
[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 9.6 menunjukkan ibu umur dibawah 20 tahun yang melahirkan di fasilitas kesehatan cenderung lebih kecil dibandingkan dengan ibu yang lebih tua. Persalinan pada urutan kelahiran anak ke enam dan lebih tampak cenderung melahirkan di rumah (67 prsen) dibandingkan dengan urutan kelahiran

anak pertama (30 persen). Terdapat hubungan negatif antara melahirkan di rumah dan jumlah kunjungan pemeriksaan kehamilan. Ibu yang tidak melakukan pemeriksaan kehamilan lebih cenderung melahirkan di rumah dibandingkan dengan ibu yang memeriksakan kehamilannya empat kali atau lebih selama kehamilan (masing-masing 77 persen dan 31 persen).

Gambar 9.3 Tren Persen Persalinan di Fasilitas Kesehatan dan Rumah



SDKI 2012

Pemanfaatan fasilitas kesehatan untuk persalinan ditemui jauh lebih tinggi di daerah perkotaan dibandingkan di perdesaan (masing-masing 80 peresen dan 47 persen). Kelahiran dari ibu yang tidak sekolah cenderung lebih dilakukan di rumah daripada ibu yang berpendidikan perguruan tinggi (masing-masing 76 persen dan 13 persen). Kelahiran dari ibu yang berada dalam kelompok kuintil kekayaan terendah cenderung enam kali dilakukan di rumah dibandingkan dengan mereka yang berasal dari kelompok kuintil kekayaan tertinggi (masing-masing 69 persen dan 12 persen).

Tabel Lampiran A-9.5 menunjukkan variasi tempat persalinan menurut provinsi.

9.2.2 Penolong Persalinan

Kementerian Kesehatan menetapkan target bahwa 90 persen persalinan ditolong oleh tenaga medis pada tahun 2015 (MOH, 2008). Dalam rangka mengukur kemajuan dalam mencapai target ini, responden ditanya mengenai semua orang yang menolong mereka selama persalinan.

Tabel 9.7 memperlihatkan distribusi anak lahir hidup yang ditolong oleh tenaga berkualifikasi paling tinggi. Tenaga berkualifikasi tinggi ini adalah orang yang dirujuk ibu jika mendapat masalah kesehatan selama persalinan. Delapan puluh tiga persen kelahiran dalam lima tahun terakhir sebelum survei ditolong oleh tenaga medis, dengan rincian 62 persen oleh perawat, bidan, bidan di desa; 20 persen oleh dokter ahli kandungan dan kebidanan; dan 1 persen oleh dokter umum.

Proporsi kelahiran yang dibantu oleh tenaga medis profesional meningkat dari 73 persen dalam SDKI 2007 menjadi 83 persen pada SDKI 2012. Walaupun kelahiran yang ditolong oleh dukun bayi sudah bergeser, namun dukun bayi masih berperan penting dalam menolong persalinan, terutama di daerah perdesaan (20 persen), ibu yang tidak pernah sekolah (34 persen), ibu dengan urutan kelahiran tinggi (30 persen), dan ibu dengan kuintil kekayaan terendah (32 persen).

Tabel 9.7 Penolong persalinan kualifikasi tertinggi

Distribusi persentase kelahiran hidup dalam lima tahun sebelum survei menurut penolong persalinan berkualifikasi tertinggi, persentase kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan dan persentase persalinan dengan bedah *Caesar* menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Penolong persalinan									Persentase persalinan oleh penolong profesional[1]	Persentase dengan bedah cesar	Jumlah kelahiran
	Dokter umum	Dokter ahli kandungan	Perawat/ bidan/ bidan di desa	Dukun bayi	Saudara/ teman	Lainnya	Tidak ada	Tidak terjawab	Jumlah			
Umur saat melahirkan												
<20	0,8	11,4	63,0	21,5	2,4	0,1	0,3	0,4	100,0	75,3	5,8	1.526
20-34	0,9	20,4	62,9	12,7	2,0	0,3	0,3	0,6	100,0	84,2	12,6	12.757
35-49	1,4	23,0	58,0	13,0	2,8	0,2	0,4	1,0	100,0	82,5	14,9	2.665
Urutan kelahiran												
1	1,1	23,1	63,3	10,6	1,2	0,2	0,2	0,3	100,0	87,5	14,4	6.557
2-3	1,0	20,0	63,0	12,9	1,9	0,3	0,1	0,8	100,0	84,0	12,2	7.892
4-5	1,0	12,6	59,3	20,4	3,9	0,5	0,9	1,4	100,0	73,0	8,3	1.827
6+	0,4	8,5	48,6	30,3	9,9	0,5	1,2	0,7	100,0	57,5	4,5	672
Tempat persalinan												
Fasilitas kesehatan	1,5	31,5	66,6	0,2	0,1	0,1	0,0	0,1	100,0	99,5	19,5	10.710
Lainnya	0,1	0,3	55,5	37,0	5,8	0,5	0,8	0,0	100,0	55,9	0,0	6.132
Tidak terjawab	0,0	1,8	0,5	0,0	0,0	0,8	0,0	96,9	100,0	2,3	2,0	106
Daerah tempat tinggal												
Perkotaan	1,3	27,7	62,8	6,7	0,6	0,2	0,1	0,7	100,0	91,8	16,8	8.405
Perdesaan	0,7	12,4	61,5	20,2	3,7	0,4	0,5	0,6	100,0	74,6	7,9	8.543
Pendidikan ibu												
Tidak Sekolah	0,2	5,1	26,5	33,9	28,6	2,1	1,8	1,8	100,0	31,8	2,7	365
Tidak tamat SD	0,7	8,7	51,7	33,3	4,5	0,2	0,4	0,6	100,0	61,1	6,1	1.457
Tamat SD	0,6	10,8	61,4	22,6	2,6	0,3	0,6	1,1	100,0	72,8	6,8	3.976
Tidak Tamat SMTA	0,7	13,9	71,1	12,0	1,4	0,1	0,2	0,5	100,0	85,7	7,6	4.438
Tamat SMTA	1,2	26,6	66,5	4,6	0,5	0,2	0,0	0,3	100,0	94,3	18,5	4.594
Perguruan Tinggi[2]	2,3	45,8	48,7	1,8	0,4	0,3	0,0	0,7	100,0	96,8	24,9	2.119
Kuintil kekayaan												
Terbawah	0,9	6,2	50,3	32,4	7,6	0,6	0,8	1,1	100,0	57,5	3,7	3.727
Menengah bawah	0,7	14,6	66,6	15,5	1,5	0,1	0,3	0,7	100,0	81,8	9,0	3.255
Menengah	0,7	15,9	73,1	8,7	0,7	0,2	0,2	0,5	100,0	89,7	11,4	3.311
Menengah Atas	1,5	24,4	67,3	5,9	0,1	0,3	0,0	0,5	100,0	93,2	15,5	3.437
Teratas	1,1	40,9	54,6	2,5	0,3	0,1	0,0	0,4	100,0	96,6	23,1	3.218
Jumlah	1,0	20,0	62,2	13,5	2,2	0,3	0,3	0,7	100,0	83,1	12,3	16.948

Catatan: Jika responden menjawab lebih dari satu penolong persalinan, yang ditabulasi adalah penolong persalinan berkualifikasi tertinggi dalam tabel ini.

[1] Penolong profesional termasuk dokter, perawat, bidan, bidan di desa.

[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Persalinan yang ditolong oleh tenaga medis bervariasi menurut karakteristik latar belakang ibu. Persentase kelahiran yang dibantu oleh tenaga medis lebih rendah diantara ibu yang berumur dibawah 20 tahun dibandingkan dengan ibu yang berumur lebih tua, dan menurun dengan meningkatnya urutan kelahiran. Lebih dari sembilan dalam sepuluh kelahiran di daerah perkotaan dibantu oleh tenaga medis dibandingkan dengan 75 persen kelahiran di daerah perdesaan. Persalinan yang dibantu oleh tenaga medis meningkat sejalan dengan meningkatnya pendidikan ibu dan status kekayaan.

Tabel 9.7 juga menunjukkan bahwa 12 persen persalinan dilakukan dengan bedah *Caesar*. Wanita yang melahirkan dengan cara bedah *Caesar* banyak pada: mereka yang berumur 35-49 tahun (15 persen), mereka yang melahirkan pada urutan kelahiran pertama (14 persen), wanita yang tinggal di daerah perkotaan (17 persen), wanita yang berpendidikan tamat SMTA dan perguruan tinggi (masing-masing 19 persen dan 25 persen), dan wanita dalam kuintil kekayaan tertinggi (23 persen). Angka bedah *Caesar* lebih tinggi pada SDKI 2012 dibandingkan dengan temuan SDKI 2007 (7 persen)

Tabel Lampiran A-9.6 menyajikan perbedaan dalam indikator ini menurut provinsi.

Dalam beberapa kasus, penolong kelahiran dengan kualifikasi tertinggi dapat merupakan penolong yang menjadi rujukan jika wanita memiliki pengalaman berbagai masalah kehamilannya. Dalam rangka memberikan beberapa wawasan pada hal-hal yang mungkin dapat terjadi secara lebih luas, Tabel 9.8 memperlihatkan distribusi persalinan pada kelahiran lima tahun sebelum survei oleh penolong berkualifikasi terendah. Tabel tersebut menunjukkan bahwa 68 persen kelahiran ditolong oleh tenaga kesehatan berkualifikasi rendah. Perbandingan persentase ini dengan persentase kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan yang berkualifikasi tinggi (83 persen) menunjukkan bahwa 15 persen persalinan dirujuk ke tenaga kesehatan yang berkualifikasi lebih tinggi.

Tabel 9.8 Penolong persalinan kualifikasi terendah

Distribusi persentase kelahiran hidup terakhir dalam lima tahun sebelum survei menurut penolong persalinan berkualifikasi terendah, persentase kelahiran yang dibantu oleh tenaga kesehatan dan persentase persalinan dengan bedah *Caesar* menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Penolong persalinan									Persentase persalinan oleh penolong profesional[1]	Persentase dengan bedah cesar	Jumlah kelahiran
Karakteristik latar belakang	Dokter umum	Dokter ahli kandungan	Perawat/ bidan/ bidan di desa	Dukun bayi	Saudara/ teman	Lainnya	Tidak ada	Tidak terjawab	Jumlah			
Umur saat melahirkan												
<20	0,2	5,7	51,8	23.6	17,8	0,1	0,3	0,4	100,0	57,8	5,8	1,526
20-34	0,3	9,8	59,0	17.2	12,5	0,3	0,3	0,6	100,0	69,1	12,6	12,757
35-49	0,3	11,1	58,8	17.1	11,0	0,2	0,4	1,0	100,0	70,3	14,9	2,665
Urutan kelahiran												
1	0,3	11,4	59,6	15.2	12,8	0,2	0,2	0,3	100,0	71,4	14,4	6,557
2-3	0,2	9,5	59,7	17.1	12,3	0,3	0,1	0,8	100,0	69,5	12,2	7,89
4-5	0,3	6,1	53,0	24.7	13,3	0,5	0,9	1,4	100,0	59,3	8,3	1,827
6+	0,0	4,2	44,5	31.8	17,0	0,5	1,2	0,7	100,0	48,8	4,5	672
Tempat melahirkan												
Fasiltias kesehatan	0,4	15,2	72,7	2.7	8,7	0,1	0,0	0,1	100,0	88,4	19,5	10,710
Lainnya	0,0	0,1	34,2	44.3	20,1	0,5	0,8	0,0	100,0	34,3	0,0	6,132
Tidak terjawab	0,0	0,6	1,6	0.0	0,0	0,8	0,0	96,9	100,0	2,3	2,0	106
Daerah tempat tinggal												
Perkotaan	0,3	13,8	63,8	8.8	12,4	0,2	0,1	0,7	100,0	77,9	16,8	8,405
Perdesaan	0,3	5,6	53,0	26.5	13,2	0,4	0,5	0,6	100,0	58,8	7,9	8,543
Pendidikan ibu												
Tidak Sekolah	0,0	4,1	22,9	33.1	34,3	2,1	1,8	1,8	100,0	27,0	2,7	365
Tidak tamat SD	0,2	3,8	41,8	37.1	15,9	0,2	0,4	0,6	100,0	45,8	6,1	1,457
Tamat SD	0,1	5,1	50,8	27.7	14,2	0,3	0,6	1,1	100,0	56,1	6,8	3,976
Tidak Tamat SMTA	0,4	6,5	61,3	17.4	13,6	0,1	0,2	0,5	100,0	68,2	7,6	4,438
Tamat SMTA	0,3	12,6	68,6	8.2	9,7	0,2	0,0	0,3	100,0	81,5	18,5	4,594
Perguruan Tinggi[2]	0,2	23,6	61,6	4.4	9,0	0,3	0,0	0,7	100,0	85,4	24,9	2,119
Kuintil kekayaan												
Terbawah	0,4	2,5	40,8	35.9	17,9	0,6	0,8	1,1	100,0	43,7	3,7	3,727
Menengah bawah	0,2	6,1	59,9	21.7	10,9	0,1	0,3	0,7	100,0	66,2	9,0	3,255
Menengah	0,1	7,9	64,6	14.8	11,7	0,2	0,2	0,5	100,0	72,7	11,4	3,311
Menengah Atas	0,3	12,1	65,7	9.5	11,6	0,3	0,0	0,5	100,0	78,1	15,5	3,437
Teratas	0,2	20,7	62,8	4.5	11,2	0,1	0,0	0,4	100,0	83,8	23,1	3,218
Jumlah	0,3	9,7	58,4	17.7	12,8	0,3	0,3	0,7	100,0	68,3	12,3	16,948

Catatan: Jika responden menjawab lebih dari satu penolong persalinan, yang ditabulasi adalah penolong persalinan berkualifikasi terendah dalam tabel ini.

[1] Penolong profesional termasuk dokter, perawat, bidan, bidan di desa.

[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel Lampiran A-9.7 menunjukkan variasi kelahiran yang dibantu oleh penolong persalinan dengan kualifikasi terendah menurut provinsi.

9.2.3. Persiapan Persalinan

Dalam rangka menjamin keselamatan ibu dan bayi pada waktu persalinan, perlu dilakukan persiapan tertentu. Persiapan ini termasuk keputusan tenaga yang akan menolong persalinan, tempat persalinan, bagaimana ibu sampai di tempat tersebut, dan berapa biaya persalinan. Hal ini juga penting

untuk mempertimbangkan donor darah jika dibutuhkan pada saat persalinan. Dalam SDKI 2012, responden yang melahirkan dalam lima tahun sebelum survei ditanyai apakah mereka mendiskusikan atau tidak kepada seseorang setiap topik tersebut yang terkait dengan persiapan persalinan pada saat kelahiran terakhir.

Tabel 9.9 menunjukkan 87 persen wanita mendiskusikan paling sedikit satu topik terkait dengan persalinan bayi sebelum kelahiran. Materi yang paling sering dibicarakan adalah tempat melahirkan (80 persen), penolong persalinan (80 persen), dan biaya persalinan (77 persen). Materi yang lebih sedikit dibicarakan adalah tentang transportasi (60 persen) dan donor darah yang potensial (15 persen).

Ibu umur 20-34 tahun cenderung lebih banyak membicarakan persiapan persalinan dibandingkan ibu umur yang lebih muda dan lebih tua. Ibu yang mendiskusikan beberapa persiapan persalinan berkurang sesuai dengan bertambahnya urutan kelahiran. Ibu yang tinggal di daerah perkotaan, berpendidikan lebih tinggi, dan mempunyai status ekonomi tertinggi cenderung lebih membahas masalah yang berhubungan dengan kelahiran bayi mereka dibanding ibu dalam kelompok lainnya. Sebagai contoh, ibu dengan pendidikan SMTA atau lebih tinggi hampir dua kali lebih sering membicarakan paling sedikit satu topik yang berhubungan dengan persalinan daripada ibu yang tidak sekolah (masing-masing 95 persen dan 50 persen).

Tabel 9.9 Persiapan Kelahiran

Persentase ibu yang mempunyai anak lahir hidup dalam lima tahun sebelum survei yang membicarakan topik tertentu selama kehamilan menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Topik yang dibicarakan						Tidak ada yang dibicarakan	Jumlah kelahiran
	Tempat persalinan	Transportasi	Penolong persalinan	Pembiayaan	Donor darah	Salah satu topik		
Umur saat melahirkan								
<20	75,3	52,2	75,6	74,4	13,7	84,4	15,6	1.475
20-34	81,8	61,3	81,4	77,5	15,9	88,0	12,0	11.048
35-49	76,0	55,5	76,4	73,8	14,4	84,5	15,5	2.259
Urutan kelahiran								
1	84,1	62,9	82,9	79,7	17,3	89,5	10,5	6.557
2-3	80,4	60,3	80,2	76,7	15,1	87,6	12,4	6.380
4-5	68,6	47,3	71,3	68,8	10,8	79,8	20,2	1.396
6+	57,4	37,2	61,8	55,2	7,6	68,6	31,4	448
Daerah tempat tinggal								
Perkotaan	86,4	67,2	84,7	81,9	17,8	91,1	8,9	7.358
Perdesaan	74,1	51,8	75,4	71,4	13,0	83,2	16,8	7.424
Pendidikan ibu								
Tidak Sekolah	41,9	27,5	45,2	41,1	5,8	49,7	50,3	274
Tidak tamat SD	62,6	38,1	63,8	61,3	9,1	74,4	25,6	1.242
Tamat SD	72,7	50,5	73,4	71,9	11,5	82,6	17,4	3.516
Tidak Tamat SMTA	80,8	58,7	80,7	77,7	13,3	88,3	11,7	3.965
Tamat SMTA	88,6	68,3	87,6	83,1	17,7	93,0	7,0	4.021
Perguruan Tinggi [1]	93,5	79,3	91,4	85,3	28,8	95,0	5,0	1.765
Kuintil kekayaan								
Terbawah	64,1	40,6	66,8	63,1	10,5	75,6	24,4	3.035
Menengah bawah	76,5	54,5	75,9	74,6	13,6	85,0	15,0	2.881
Menengah	82,9	59,4	82,1	78,8	12,6	88,9	11,1	2.939
Menengah Atas	86,9	68,4	85,8	81,8	17,9	91,7	8,3	3.105
Teratas	91,3	75,3	89,9	85,2	22,8	94,8	5,2	2.822
Jumlah	80,3	59,5	80,0	76,6	15,4	87,1	12,9	14.782

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

9.2.4 Komplikasi Selama Persalinan

Dalam rangka mengidentifikasi komplikasi yang berhubungan dengan persalinan, responden ditanya tentang tanda dan gejala yang mereka alami ketika melahirkan anak yang terakhir dalam lima tahun sebelum survei. Tabel 9.10 memperlihatkan bahwa 54 persen ibu melaporkan tidak mengalami komplikasi selama persalinan. Wanita yang mengalami persalinan lama dilaporkan sebesar 35 persen

kelahiran, air ketuban pecah dini lebih dari 6 jam sebelum kelahiran dialami oleh 15 persen kelahiran, perdarahan berlebihan sebesar 8 persen, dan demam sebesar 8 persen. Komplikasi lainnya dan kejang dialami juga pada saat persalinan (masing-masing 5 dan 2 persen).

Wanita yang ditolong oleh tenaga kesehatan selama kehamilan dan persalinan cenderung lebih banyak melaporkan komplikasi selama persalinan. Seperti yang diperkirakan, ibu yang melahirkan melalui bedah *Caesar* lebih cenderung melaporkan komplikasi (55 persen) dibandingkan dengan wanita lainnya. Mayoritas komplikasi ibu yang melahirkan dengan bedah *Caesar* mengalami persalinan lama (35 persen) atau air ketuban pecah dini lebih dari 6 jam sebelum kelahiran. Di antara ibu yang bayinya meninggal dalam umur satu bulan setelah dilahirkan, 40 persen melaporkan komplikasi, termasuk persalinan lama (28 persen), air ketuban pecah kurang dari enam jam sebelum persalinan (14 persen), dan perdarahan berlebihan (9 persen). Namun, secara keseluruhan, angka komplikasi diantara ibu yang memiliki anak yang meninggal segera setelah persalinan tidak lebih besar daripada ibu lainnya.

Tabel 9.10 Komplikasi selama persalinan

Persentase anak lahir hidup terakhir dalam lima tahun sebelum survei yang ibunya mengalami komplikasi yang berhubungan dengan persalinan, menurut jenis komplikasi dan indikator pelayanan ibu hamil, Indonesia 2012

Indikator pelayanan ibu hamil	Persalinan lama	Perdarahan	Demam	Kejang	Ketuban pecah lebih dari 6 jam sebelum persalinan	Lainnya	Tanpa komplikasi	Jumlah kelahiran
Pemeriksaan kehamilan/penolong persalinan								
PK dan PP	38,2	8,1	8,3	1,7	16,8	5,2	49,6	12.292
PK saja	19,0	6,0	4,0	1,3	5,4	0,7	76,1	1.855
PP saja	32,1	5,0	7,6	0,7	15,2	3,6	60,0	173
Tanpa PK & tanpa PP	6,9	2,6	2,9	0,4	2,7	0,1	90,9	462
Bayi meninggal dalam 1 bulan	27,9	9,1	12,4	2,8	14,0	3,7	59,7	154
Melahirkan melalui bedah cesar	34,5	7,8	8,1	2,7	22,8	12,6	44,6	1.878
Jumlah	34,7	7,6	7,6	1,6	14,9	4,5	54,4	14.782

PK = Pemeriksaan kehamilan, PP = Penolong persalinan

9.3 PERAWATAN NIFAS

Perawatan nifas penting baik untuk ibu maupun bayinya. Perawatan nifas ini memberikan kesempatan untuk mengobati komplikasi yang timbul dalam persalinan dan untuk memberikan informasi penting kepada ibu tentang cara merawat dirinya dan bayinya. Masa nifas didefinisikan sebagai waktu antara keluarnya ari-ari (plasenta) sampai 42 hari (6 minggu) setelah persalinan. Perawatan paling dini pada periode setelah melahirkan adalah sangat penting karena dalam dua hari pertama setelah melahirkan sangat krusial; kematian ibu dan neonatal paling banyak terjadi dalam dua hari pertama setelah melahirkan.

9.3.1 Waktu Perawatan Nifas Pada Ibu

Tabel 9.11 menunjukkan informasi untuk waktu pertama kali ibu mendapatkan perawatan nifas untuk kelahiran yang terjadi pada periode dua tahun sebelum survei. Pada Tabel Lampiran A-9.9 memperlihatkan variasi waktu pertama kali perawatan nifas menurut provinsi.

Delapan puluh persen ibu mendapat perawatan nifas untuk bayi yang dilahirkan pada periode kritis 1-2 hari setelah melahirkan. Secara rinci, 56 persen perawatan nifas dilakukan dalam kurun waktu empat jam setelah melahirkan, 13 persen dalam kurun waktu 4-23 jam setelah melahirkan, dan 11 persen pada kurun waktu 1-2 hari setelah melahirkan. Satu di antara sembilan ibu sama sekali tidak mendapatkan perawatan nifas.

Tabel 9.11 Waktu pertama kali perawatan nifas pada Ibu

Diantara wanita umur 15-49 tahun yang melahirkan dalam dua tahun sebelum survei, distribusi persentase wanita yang melakukan perawatan nifas sesudah persalinan, dan persentase wanita dengan kelahiran hidup dalam dua tahun sebelum survei yang mendapatlkan perawatan nifas dalam dua hari pertama setelah peresalinan, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Saat pemeriksaan nifas pertama									
Karakteristik latar belakang	Kurang dari 4 jam	4-23 jam	1-2 hari	3-6 hari	7-41 hari	Tidak tahu/tidak terjawab	Tidak mendapat pemeriksaan *postnatal*[1]	Jumlah	Persentaqse wanita mendapat pemeriksaan dua hari pertama setelah melahirkan	Jumlah wanita
Umur saat melahirkan										
<20	54,3	10,9	9,6	4,2	6,0	1,6	13,3	100,0	74,9	664
20-34	56,3	13,5	11,2	3,0	3,7	1,4	10,9	100,0	81,0	5.082
35-49	54,8	14,1	10,0	3,8	2,7	2,5	12,1	100,0	78,9	1.084
Urutan kelahiran										
1	57,4	13,7	10,5	3,4	4,1	1,9	9,0	100,0	81,6	2.664
2-3	56,4	13,7	11,4	3,0	3,5	1,4	10,6	100,0	81,6	3.277
4-5	50,4	12,3	9,2	3,8	3,9	1,7	18,5	100,0	72,1	660
6+	44,6	5,6	13,3	3,8	2,8	1,1	28,9	100,0	63,5	230
Tempat persalinan										
Fasilitas kesehatan	64.9	15,8	8,5	1,9	2,9	2,0	4,0	100,0	89,2	4.710
Lainnya	36.0	7,8	16,2	6,2	5,7	0,9	27,2	100,0	60,1	2.109
Daerah tempat tinggal										
Perkotaan	60.4	15,1	10,5	2,0	3,6	1,6	6,8	100,0	86,0	3.361
Perdesaan	51.5	11,6	11,3	4,4	3,9	1,6	15,7	100,0	74,3	3.470
Pendidikan										
Tidak Sekolah	22.9	3,0	12,9	2,3	6,3	4,6	48,1	100,0	38,8	134
Tidak tamat SD	46.5	8,0	12,1	6,0	3,4	1,3	22,8	100,0	66,5	498
Tamat SD	53.7	10,3	11,8	3,4	3,2	1,2	16,3	100,0	75,9	1.519
Tidak Tamat SMTA	54.3	13,7	10,5	4,6	5,3	1,2	10,4	100,0	78,5	1.886
Tamat SMTA	62.6	14,7	9,6	1,9	3,1	2,2	5,9	100,0	86,9	1.899
Perguruan Tinggi[2]	58.5	19,2	11,8	1,5	2,6	1,9	4,5	100,0	89,5	894
Kuintil kekayaan										
Terbawah	41.0	6,9	11,2	4,6	5,2	1,5	29,4	100,0	59,3	1.410
Menengah bawah	58.3	13,2	10,8	4,4	3,2	1,1	8,9	100,0	82,4	1.436
Menengah	55.0	17,7	10,8	3,4	3,6	1,2	8,3	100,0	83,5	1.333
Menengah Atas	61.4	14,5	9,4	2,0	3,2	3,2	6,4	100,0	85,3	1.370
Teratas	64.1	14,8	12,2	1,6	3,5	1,1	2,7	100,0	91,1	1.282
Jumlah	55.8	13,3	10,9	3,2	3,7	1,6	11,3	100,0	80,1	6.830

Catatan: Jumlah termasuk 12 wanita yang hilang informasinya *(missing information)* tentang tempat kelahiran yang tidak ditunjukkan terpisah.
[1] Termasuk Ibu yang mendapat pemeriksaan setelah 41 hari
[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 9.11 juga menunjukkan wanita yang umurnya lebih muda cenderung lebih sedikit mendapat perawatan nifas dibanding ibu yang umurnya lebih tua. Wanita dengan urutan kelahiran yang lebih tinggi tampak cenderung lebih mendapatkan perawatan nifas dibandingkan dengan urutan kelahiran yang lebih kecil. Wanita yang tinggal di perkotaan lebih banyak mendapatakn perawatan nifas dibanding wanita di perdesaan. Seperti yang diperkirakan, perawatan nifas akan meningkat sejalan dengan meningkatnya pendidikan ibu dan status kekayaan. Empat puluh delapan persen ibu yang tidak sekolah dan 29 persen ibu dari kuintil kekayaan terendah tidak pernah mendapatkan perawatan nifas dibandingkan dengan 9 dari 10 ibu yang berpendidikan diatas SMTA atau ibu pada kuintil kekayaan teratas.

9.3.2 Tenaga Kesehatan Yang Melakukan Perawatan Nifas Pada Ibu

Tenaga kesehatan yang melakukan perawatan nifas mempunyai implikasi yang sangat penting untuk kesehatan ibu dan anak. Tabel 9.12 menunjukan 78 persen ibu yang melahirkan dua tahun sebelum survei mendapatkan perawatan nifas dari tenaga kesehatan (dokter, dokter kandungan dan kebidanan,

perawat, bidan, atau bidan di desa). Wanita yang mendapatkan perawatan nifas dari dukun bayi *(traditional birth attendant)* hanya dua persen. Ibu yang tidak sekolah dan ibu yang melahirkan di tempat selain fasilitas kesehatan cenderung lebih banyak mendapatkan perawatan nifas dari dukun bayi (masing-masing 7 persen).

Tabel 9.12 Tenaga kesehatan yang melakukan perawatan nifas pada ibu

Diantara wanita umur 15-49 tahun yang melahirkan dalam dua tahun sebelum survei, distribusi persentase menurut tenaga kesehatan yang memerikas ibu pertama kali setelah persalinan dalam dua tahin sebelum survei, menurutkarakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Tenaga kesehatan				Tidak mendapat pemeriksaan dalam dua hari setelah persalinan[1]		
Karakteristik latar belakang	Dokter Umum	Dokter ahli kandungan	Perawat/ Bidan/ bidan di desa	lainnya		Jumlah	Jumlah wanita
Umur saat melahirkan							
<20	2,0	4,5	64,6	3,7	25,1	100,0	664
20-34	1,2	3,9	74,1	1,8	19,0	100,0	5.082
35-49	1,6	4,1	70,5	2,7	21,1	100,0	1.084
Urutan kelahiran							
1	1,4	4,7	73,8	1,7	18,4	100,0	2.664
2-3	1,4	3,6	74,9	1,7	18,4	100,0	3.277
4-5	0,9	3,3	62,9	5,0	27,9	100,0	660
6+	2,4	2,0	54,9	4,2	36,5	100,0	230
Tempat melahirkan							
Fasilitas kesehatan	1,8	5,2	82,0	0,2	10,8	100,0	4.710
Lainnya	0,4	1,1	52,0	6,5	39,9	100,0	2.109
Daerah tempat tinggal							
Perkotaan	1,3	4,9	78,6	1,1	14,0	100,0	3.361
Perdesaan	1,4	3,0	66,8	3,1	25,7	100,0	3.470
Pendidikan							
Tidak Sekolah	0,6	0,7	30,5	6,9	61,2	100,0	134
Tidak tamat SD	1,6	2,8	56,6	5,5	33,5	100,0	498
Tamat SD	1,4	2,4	68,3	3,8	24,1	100,0	1.519
Tidak Tamat SMTA	1,1	4,9	70,8	1,7	21,5	100,0	1.886
Tamat SMTA	1,5	4,8	79,8	0,8	13,1	100,0	1.899
Perguruan Tinggi[2]	1,3	3,9	83,9	0,3	10,5	100,0	894
Kuintil kekayaan							
Terbawah	1,1	2,6	50,2	5,4	40,7	100,0	1.410
Menengah bawah	1,9	3,1	74,6	2,7	17,6	100,0	1.436
Menengah	1,3	3,5	77,4	1,4	16,5	100,0	1.333
Menengah Atas	1,8	5,4	77,2	0,8	14,7	100,0	1.370
Teratas	0,5	5,4	85,1	0,1	8,9	100,0	1.282
Jumlah	1,4	4,0	72,6	2,1	19,9	100,0	6.830

Catatan: Jumlah termasuk 12 wanita yang hilang informasinya *(missing information)* tentang tempat kelahiran yang tidak ditunjukkan terpisah

[1] Termasuk Ibu yang mendapat pemeriksaan lebih dari 2 hari setelah melahirkan dan wanita mendapatkan pemerikasaan dalam 2 hari setelah melahrkan dari tenaga kesehatan selain dokter, dokter ahli kandungan, perawat,/bidan/bidan dio dea, atau dukun bayi hari

[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tenaga kesehatan yang melakukan perawatan nifas menurut provinsi dapat dilihat pada Tabel Lampiran A-9.10.

9.3.3 Waktu Kunjungan Pertama Pada Bayi Baru Lahir

Pelayanan pada bayi baru lahir sangat penting dilakukan untuk mengurangi kematian neonatal dan mencegah komplikasi segera setelah ibu melahirkan. Tabel 9.13 menyajikan informasi waktu kunjungan pertama pada bayi baru lahir dalam kurun waktu dua tahun sebelum survei. Tabel Lampiran A-9.11 menunjukan variasi waktu kunjungan pertama pada bayi baru lahir menurut provinsi.

Kurang dari separo (48 persen) bayi yang baru lahir mendapat perawatan atau kunjungan pertama dalam waktu kritis dua hari pertama setelah dilahirkan. Secara rinci, 12 persen bayi baru lahir mendapat perawatan pertama kurang dari 1 jam setelah dilahirkan, 23 persen mendapat perawatan pada kurun waktu 1-3 jam sesudah dilahirkan, 5 persen mendapat perawatan dalam kurun waktu 4-23 jam sesudah dilahirkan, dan 7 persen dikunjungi untuk pemeriksaan dalam kurun waktu 1-2 hari setelah dilahirkan.

Proporsi perawatan setelah melahirkan (perawatan nifas) dalam dua hari pertama setelah kelahiran lebih tinggi diantara ibu yang berumur 20-34 tahun, urutan kelahiran pertama, urutan kelahiran kedua dan ketiga, kelahiran di tempat fasilitas kesehatan, dan kelahiran dari ibu yang tinggal di perkotaan. Perawatan nifas dalam dua hari pertama setelah kelahiran cenderung lebih dari dua kali diantara kelahiran dari ibu yang berpendidikan tamat SD atau lebih tinggi pendidikannya (45-58 persen) dibandingkan dengan kelahiran dari ibu yang tidak sekolah (21 persen). Lima puluh delapan kelahiran dari ibu dalam kuintil kekayaan teratas mendapatkan perawatan nifas pada dua hari pertama setelah persalinan dibandingkan dengan 35 persen kelahiran dari kuintil kekayaan terbawah.

Tabel 9. 13 Waktu pemeriksaan pertama pada bayi baru lahir

Distribusi persentase kelahiran terakhir dalam dua tahun sebelum survei menurut perawatan nifas pertama kali, dan persentase kelahiran yang mendapat perawatan nifas pada waktu dua hari pertama setelah persalinan, menurut karakterisik latar belakang, Indonesia 2012

	Waktu pemeriksaan									
Karakteristik latar belakang	Kurang dari 1 jam	1-3 jam	4-23 jam	1-2 hari	3-6 hari	Tidak tahu/tidak terjawab	Tidak diperiksa[1]	Jumlah	Persentase bayi diperiksa dua jam setelah dilahirkan	Jumlah kelahiran
Umur saat melahirkan										
<20	14,2	18,1	4,4	7,0	4,5	3,0	48,8	100,0	43,7	664
20-34	12,0	23,7	5,7	7,6	3,2	1,9	45,9	100,0	48,9	5.082
35-49	8,9	20,9	9,0	6,5	3,5	2,9	48,4	100,0	45,2	1.084
Urutan kelahiran										
1	11,8	24,2	5,4	7,1	3,8	2,4	45,3	100,0	48,4	2.664
2-3	12,6	22,9	6,6	7,7	3,5	2,2	44,6	100,0	49,8	3.277
4-5	8,8	20,0	6,9	7,7	1,9	1,5	53,1	100,0	43,4	660
6+	6,2	10,0	3,9	5,9	2,1	1,3	70,6	100,0	26,0	230
Tempat persalinan										
Faslitas kesehatan	14,2	26,5	6,9	5,8	3,7	2,5	40,5	100,0	53,3	4.710
Lainnya	6,3	14,2	4,4	11,0	2,9	1,4	59,8	100,0	35,9	2.109
Tidak terjawab	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	0,0	12
Daerah tempat tinggal										
Perkotaan	15,4	26,2	6,5	6,0	2,9	2,3	40,6	100,0	54,2	3.361
Perdesaan	8,1	19,3	5,7	8,7	3,9	2,0	52,4	100,0	41,7	3.470
Pendidikan										
Tidak Sekolah	1,7	11,4	1,7	6,2	3,9	2,2	73,0	100,0	21,0	134
Tidak tamat SD	7,4	15,6	5,1	5,5	2,8	1,8	61,8	100,0	33,6	498
Tamat SD	10,5	20,2	5,2	9,1	3,5	2,0	49,5	100,0	45,0	1.519
Tidak Tamat SMTA	13,3	21,5	5,9	8,2	4,6	1,7	44,7	100,0	49,0	1.886
Tamat SMTA	12,7	25,1	6,4	5,9	3,2	2,5	44,3	100,0	50,1	1.899
Perguruan Tinggi[2]	12,2	29,9	8,3	7,0	1,5	3,2	37,9	100,0	57,4	894
Kuintil kekayaan										
Terbawah	5,4	15,8	5,0	8,8	2,8	1,6	60,6	100,0	35,0	1.410
Menengah bawah	12,0	21,7	5,5	8,2	4,4	1,3	46,8	100,0	47,5	1.436
Menengah	11,6	23,9	6,7	6,3	3,6	1,7	46,2	100,0	48,5	1.333
Menengah Atas	11,4	25,0	8,4	6,7	3,4	3,0	42,0	100,0	51,6	1.370
Teratas	18,7	27,5	4,7	6,7	2,8	3,3	36,2	100,0	57,7	1.282
Jumlah	11,7	22,7	6,1	7,4	3,4	2,2	46,6	100,0	47,8	6.830

Catatan: Jumlah termasuk 12 wanita yang hilang informasinya *(missing information)* tentang tempat kelahiran yang tidak ditunjukkan terpisah.
[1] Termasuk bayi yang mendapat pemeriksaan setelah satu minggu dilahirkan
[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

9.3.4 Tenaga Kesehatan Yang Melakukan Kunjungan Pertama Pada Bayi Baru Lahir

Tabel 9.14 menyajikan persentase kelahiran yang terjadi dua tahun sebelum survei menurut tenaga kesehatan yang melakukan kunjungan pertama pada bayi baru lahir. Lampiran tabel A-9.12 menunjukkan variasinya berdasarkan provinsi.

Empat puluh enam persen bayi baru lahir mendapat kunjungan pertama oleh tenaga kesehatan profesional (dokter umum, dokter ahli kandungan, dan perawat/bidan). Hanya 2 persen bayi baru lahir yang mendapat pemeriksaan atau kunjungan pertama oleh dukun bayi. Persentase distribusi bayi baru lahir yang mendapat pemeriksaan atau kunjungan pertama oleh tenaga kesehatan menurut karakteristik latar belakang memperlihatkan pola yang sama dengan perawatan yang diterima ibu setelah melahirkan.

Tabel 9.14 Tenaga kesehatan yang melakukan pemeriksaan pada bayi baru lahir

Distribusi persentase kelahiran terakhir dua tahun sebelum survei menurut tenaga kesehatan yang melakukan perawatan pada bayi selama dua hari setelah dilahirkan dan karateristik latar belakang, Indonesia 2012

	Tenaga kesehatan				Tidak dilakukan pemeriksaan dalam dua hari pertama setelah kelahiran[1]		
Karakteristik latar belakang	Dokter umum	Dokter ahli kandungan	Perawat/ bidan/ bidan di desa	Dukun bayi		Jumlah	Jumlah kelahiran
Umur saat melahirkan							
<20	0,4	4,1	34,9	4,2	56,3	100,0	664
20-34	0,5	10,3	36,4	1,7	51,1	100,0	5.082
35-49	0,5	10,7	31,2	2,8	54,8	100,0	1.084
Urutan kelahiran							
1	0,4	9,7	36,5	1,7	51,6	100,0	2.664
2-3	0,6	10,8	36,3	2,0	50,2	100,0	3.277
4-5	0,4	7,4	31,7	3,9	56,6	100,0	660
6+	0,2	1,2	20,9	3,7	74,0	100,0	230
Tempat persalinan							
Fasilitas kesehatan	0,6	14,1	38,2	0,3	46,7	100,0	4.710
Lainnya	0,2	0,1	29,4	6,2	64,1	100,0	2.109
Tidak terjawab	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	100,0	12
Daerah tempat tinggal							
Perkotaan	0,6	15,0	37,5	1,0	45,8	100,0	3.361
Perdesaan	0,4	4,6	33,4	3,3	58,3	100,0	3.470
Pendidikan Ibu							
Tidak Sekolah	0,0	1,5	10,5	8,9	79,0	100,0	134
Tidak tamat SD	0,3	2,0	25,7	5,6	66,4	100,0	498
Tamat SD	0,3	3,8	37,0	3,8	55,0	100,0	1.519
Tidak Tamat SMTA	0,4	5,7	41,1	1,8	51,0	100,0	1.886
Tamat SMTA	0,8	13,3	35,3	0,7	49,9	100,0	1.899
Perguruan Tinggi[2]	0,7	26,4	30,1	0,2	42,6	100,0	894
Kuintil kekayaan							
Terbawah	0,5	2,5	27,0	5,0	65,0	100,0	1.410
Menengah bawah	0,6	5,1	38,8	3,0	52,5	100,0	1.436
Menengah	0,4	7,3	39,5	1,3	51,5	100,0	1.333
Menengah Atas	0,6	11,8	38,7	0,6	48,4	100,0	1.370
Teratas	0,5	23,4	33,1	0,6	42,3	100,0	1.282
Jumlah	0,5	9,8	35,4	2,1	52,2	100,0	6.830

Catatan: Jumlah termasuk 12 wanita yang hilang informasinya *(missing information)* tentang tempat kelahiran yang tidak ditunjukkan terpisah.

[1] Termasuk bayi baru lahir yang menerima perawatan setelah lebih dari 2 hari setelah kelahiran dan bayi baru lahir menerima perawatan dalam 2 hari setelash lahir dari seorang tenaga kesehatan lain selain dokter,dokter ahli kandungan, dokter spesialis anak, perawat/bidan/bidan di desa, atau dukun bayi

[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

9.4 MASALAH DALAM MENDAPATKAN PELAYANAN KESEHATAN

Beberapa faktor yang dapat menghalangi ibu untuk mendapatkan informasi kesehatan dan pengobatan ketika mereka memerlukannya. Informasi tentang faktor tersebut sangat penting dalam memahami dan mengatasi hambatan-hambatan wanita yang mungkin dihadapi dalam mencari perawatan

selama kehamilan dan pada saat persalinan. Dalam SDKI 2012, semua wanita ditanya apakah satu diantara faktor tersebut akan menjadi masalah yang signifikan atau tidak dalam mencari perawatan medis seperti: minta ijin untuk pengobatan, mendapatkan uang untuk pengobatan, jarak kefasilitas kesehatan, tidak berkenan bepergian sendiri.

Tabel 9.15 memperlihatkan persentase wanita yang mempunyai masalah besar dalam mendapatkan pelayanan kesehatan menurut karakteristik latar belakang. Tiga puluh empat persen wanita melaporkan paling sedikit mempunyai salah satu masalah yang serius dari beberapa masalah yang dihadapi untuk mendapatkan pelayanan kesehatan ketika mereka sakit. Masalah yang paling sering dilaporkan adalah tidak berani pergi sendiri (23 persen). Masalah lainnya termasuk memperoleh uang untuk pengobatan (15 persen), jarak ke fasilitas kesehatan (11 persen), memperoleh ijin untuk berobat (5 persen).

Tabel 9.15 Masalah mendapatkan pelayanan kesehatan

Persentase wanita umur 15-49 tahun yang melaporkan kesulitan untuk medapatkan pelayanan kesehatan ketika sakit menurut jenis masalah dan karteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Masalah mendapatkan pelayanan kesehatan					
Karakteristik latar belakang	Memperoleh izin untuk berobat	Memperoleh uang untuk berobat	Jarak ke fasilitas kesehatan	Tidak berani pergi sendiri	Salat satu masalah	Jumlah wanita
Umur						
15-19	9,1	19,7	14,6	40,6	50,7	6.927
20-34	4,8	13,5	10,4	21,6	32,3	20.140
35-49	3,9	15,3	9,1	17,5	30,0	18.541
Jumlah anak hidup						
0	7,2	16,1	12,4	32,9	42,7	12.896
1-2	4,2	13,7	9,0	19,3	30,2	21.465
3-4	4,3	16,0	10,6	17,5	30,8	9.053
5+	5,8	21,4	13,9	20,0	35,8	2.193
Status kawin						
Tidak kawin	7,5	17,1	12,8	34,3	44,2	9.919
Kawin	4,5	13,9	9,7	20,0	31,1	33.465
Cerai hidup/cerai mati	4,0	25,5	12,1	14,3	35,0	2.223
Pekerjaan						
Tidak bekerja	6,0	16,5	11,2	25,7	36,8	17.725
Berpenghasilan sendiri	4,3	13,6	8,6	19,6	30,8	20.855
Bekerja tanpa digaji	5,2	16,6	14,5	25,3	37,4	6.984
Tidak terjawab	0,4	13,1	1,9	16,1	28,8	43
Daerah tempat tinggal						
Perkotaan	4,3	12,9	7,3	20,3	30,2	23.805
Perdesaan	6,0	17,8	14,0	25,6	38,4	21.802
Pendidikan ibu						
Tidak Sekolah	10,1	30,3	24,1	29,3	47,6	1.500
Tidak tamat SD	6,1	21,0	13,6	22,8	38,4	4.870
Tamat SD	5,3	17,2	11,4	21,7	35,1	10.254
Tidak Tamat SMTA	6,0	16,5	11,6	27,5	38,6	12.753
Tamat SMTA	3,9	11,7	7,3	19,7	29,1	10.677
Perguruan Tinggi[1]	2,7	6,1	6,0	18,7	24,2	5.552
Kuintil kekayaan						
Terbawah	7,7	27,0	21,8	26,8	46,5	7.767
Menengah bawah	5,2	18,8	12,0	23,9	37,3	8.784
Menengah	4,7	15,2	8,5	23,5	34,5	9.243
Menengah atas	4,8	10,5	6,9	21,4	30,1	9.743
Teratas	3,8	7,5	5,8	19,7	25,4	10.071
Jumlah	5,1	15,2	10,5	22,8	34,1	45.607

Catatan: Jumlah termasuk 43 wanita yang hilang informasinya *(missing information)* tentang pekerjaan yang tidak ditunjukkan terpisah.
[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Wanita berumur lebih muda, wanita yang belum mempunyai anak, wanita yang tidak kawin, wanita yang tidak bekerja dan wanita berkerja tanpa gaji, wanita yang tinggal di daerah perdesaan, wanita yang tidak sekolah, dan wanita dengan kuintil kekayaan terendah lebih cenderung banyak mengatakan menemui paling sedikit satu masalah dalam mendapatkan pelayanan kesehatan daripada kelompok wanita lainnya.

Tabel Lampiran A-9.13 memperlihatkan perbedaan dalam masalah mendapatkan pelayanan kesehatan menurut provinsi

KESEHATAN ANAK 10

Temuan Utama:

- Persentase imunisasi lengkap anak umur 12-23 bulan meningkat dari 59 persen pada tahun 2007 menjadi 66 persen pada tahun 2012.
- Lima persen Balita mempunyai gejala infeksi saluran napas akut (*acute respiratory infection/ARI)* pada dua minggu sebelum survei. Tiga dari empat (75 persen) dari balita dengan gejala tersebut berobat ke fasilitas kesehatan atau tenaga kesehatan. Angka tersebut meningkat dibandingkan tahun 2007, yang hanya 66 persen.
- Tiga dari sepuluh anak balita menderita panas dua minggu sebelum survei. Tujuh puluh empat persen dari balita tersebut mendapatkan pengobatan di fasilitas kesehatan atau tenaga kesehatan.
- Empat belas persen anak balita menderita diare dalam dua minggu sebelum survei. Dari anak balita tersebut, 65 persen mendapatkan pengobatan dari fasilitas kesehatan atau tenaga kesehatan, hal ini menunjukkan peningkatan dari 51 persen pada tahun 2007.
- Secara keseluruhan, 47 persen Balita dengan diare mendapatkan pengobatan rehidrasi oral, 40 persen menerima penambahan cairan, dan 66 persen mendapatkan baik pengobatan rehidrasi oral maupun penambahan cairan.

Bab ini menyajikan beberapa temuan penting dari kesehatan anak, termasuk perkiraan ukuran anaknya pada saat lahir, status imunisasi anak, angka prevalensi dan pengobatan pada penyakit anak. Keterangan mengenai ukuran anak pada saat lahir penting untuk mendesain dan pelaksanaan program yang bertujuan untuk mengurangi angka kematian neonatal dan bayi. Informasi tentang cakupan imunisasi dikumpulkan terutama pada anak umur 12-23 bulan. Tingkat cakupan secara umum saat survei dan pada umur 12 bulan ditunjukkan dalam kelompok ini. Sebagai tambahan, sumber informasi diperoleh dari kartu imunisasi atau berdasarkan ingatan ibu pada saat wawancara juga disajikan. Pengetahuan tentang cakupan imunisasi bervariasi diantara berbagai kelompok penduduk akan dapat membantu dalam perencanaan program.

Penelitian tentang praktik pengobatan dan kontak dengan fasilitas kesehatan bagi anak-anak dengan tiga penyakit paling penting yaitu diare, infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), dan demam-dapat membantu menilai program secara nasional yang bertujuan untuk menurunkan angka kematian akibat penyakit ini. Informasi yang tersedia adalah prevalensi dan pengobatan ISPA dan pemberian antibiotik, prevalensi demam dan pengobatan dengan obat anti malaria dan antibiotik. Pengobatan diare dengan cara rehidrasi oral (termasuk penambahan cairan) dapat membantu penilaian program yang merekomendasikan pengobatan tersebut. Praktik sanitasi yang tepat dapat membantu mencegah dan mengurangi keparahan penyakit diare, sehingga disediakan juga informasi tentang cara membuang kotoran anak-anak.

10.1 UKURAN ANAK SAAT LAHIR

Berat badan atau ukuran saat lahir seorang anak merupakan indikator penting dari kerentanan anak terhadap risiko penyakit pada masa kanak-kanak dan kesempatan bertahan hidup. Anak-anak yang lahir dengan berat badan kurang dari 2,5 kilogram, yaitu berat badan lahir rendah (BBLR), memiliki risiko lebih tinggi pada kematian anak pada umur dini. Kelahiran dalam lima tahun sebelum survei, berat badan lahir yang tercatat dalam kuesioner berdasarkan baik catatan tertulis maupun ingatan ibu. Berat badan lahir

tidak mungkin diketahui pada beberapa bayi, terutama bagi mereka yang dilahirkan di rumah, oleh karena itu persepsi ibu tentang ukuran bayi disajikan dalam SDKI ini. Laporan ibu tentang bayinya "terlalu kecil" atau "lebih kecil daripada rata-rata", walaupun subyektif, namun diakui sebagai suatu perkiraan yang berguna bagi BBLR.

Tabel 10.1. menyajikan informasi berat badan dan ukuran anak pada saat lahir. Pada SDKI 2012 tercatat 16.948 kelahiran, yang 15.135 (89 persen) di diantaranya mempunyai catatan tentang berat badan lahir. Catatan berat badan bervarisi menurut katrakteristik ibu. Berat badan lahir terendah menurut catatan yang tersedia dijumpai pada ibu yang tidak sekolah (36 persen).

Tabel 10.1 Berat dan panjang badan saat lahir

Persentase kelahiran hidup dalam lima tahun sebelum survei dengan laporan berat lahir, diantara kelahiran hidup dalam lima tahun sebelum survei yang memiliki laporan kelahiran, distribusi persentase menurut berat lahir, dan distribusi persentase seluruh kelahiran hidup dalam lima tahun sebelum survei menurut perkiraan ibu tentang ukuran bayi saat lahir, berdasarkan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

		Persentase distribusi kelahiran dengan berat badan anak yang dilaporkan [1]				Persentase distribusi semua kelahiran hidup berdasarkan ukuran anak saat lahir					
Karakteristik latar belakang	Persentase memiliki laporan berat lahir pada semua kelahiran[1]	Kurang dari 2,5 kg	2,5 kg atau lebih	Jumlah	Jumlah kelahiran	Sangat kecil	Lebih kecil dari rata-rata	Rata-rata atau lebih besar	Tidak tahu/ Tidak menjawab	Jumlah	Jumlah kelahiran
Umur ibu saat melahirkan											
<20	85,0	10,3	89,7	100,0	1.296	2,5	14,9	79,1	3,5	100,0	1.526
20-34	90,0	6,8	93,2	100,0	11.483	1,9	10,7	84,6	2,8	100,0	12.757
35-49	88,4	8,3	91,7	100,0	2.356	1,9	13,1	81,5	3,5	100,0	2.665
Urutan kelahiran											
1	92,3	7,6	92,4	100,0	6.055	1,9	12,1	83,8	2,1	100,0	6.557
2-3	90,6	6,8	93,2	100,0	7.149	1,8	11,0	84,5	2,8	100,0	7.892
4-5	81,3	8,6	91,4	100,0	1.485	2,8	10,7	81,2	5,4	100,0	1.827
6+	66,3	7,9	92,1	100,0	446	2,3	12,1	78,4	7,2	100,0	672
Status merokok ibu											
Merokok/tembakau	73,2	4,4	95,6	100,0	243	1,8	8,7	78,1	11,4	100,0	332
Tidak merokok	89,6	7,4	92,6	100,0	14.891	1,9	11,5	83,7	2,8	100,0	16.615
Daerah tempat tinggal											
Perkotaan	96,2	6,2	93,8	100,0	8.089	1,7	10,7	86,1	1,6	100,0	8.405
Perdesaan	82,5	8,6	91,4	100,0	7.045	2,2	12,2	81,2	4,3	100,0	8.543
Pendidikan ibu											
Tidak sekolah	35,9	14,5	85,5	100,0	131	3,4	11,0	72,2	13,3	100,0	365
Tidak tamat SD	73,2	13,2	86,8	100,0	1.066	4,5	15,1	73,3	7,0	100,0	1.457
Tamat SD	85,0	9,7	90,3	100,0	3.381	2,1	13,7	79,7	4,5	100,0	3.976
Tidak tamat SMTA	91,0	6,2	93,8	100,0	4.039	1,7	9,9	86,0	2,4	100,0	4.438
Tamat SMTA	96,7	6,1	93,9	100,0	4.441	1,5	11,1	86,4	1,1	100,0	4.594
Perguruan Tinggi[2]	98,0	4,9	95,1	100,0	2.077	1,1	8,9	89,1	0,9	100,0	2.119
Kuintil kekayaan											
Terbawah	69,0	11,2	88,8	100,0	2.572	2,2	13,9	76,2	7,7	100,0	3.727
Menengah bawah	89,8	7,2	92,8	100,0	2.924	2,1	11,8	82,9	3,2	100,0	3.255
Menengah	93,6	7,8	92,2	100,0	3.101	2,3	12,1	83,8	1,9	100,0	3.311
Menengah atas	97,7	6,3	93,7	100,0	3.358	1,5	10,7	87,0	0,8	100,0	3.437
Teratas	98,8	5,0	95,0	100,0	3.180	1,6	8,5	89,2	0,7	100,0	3.218
Jumlah	89,3	7,3	92,7	100,0	15.135	1,9	11,5	83,6	3,0	100,0	16.948

catatan: Jumlah termasuk satu anak dengan informasi yang hilang *(missing information)* pada ibu yang merokok

[1] Berdasarkan baik catatan tertulis maupun ingatan (pengakuan) ibu

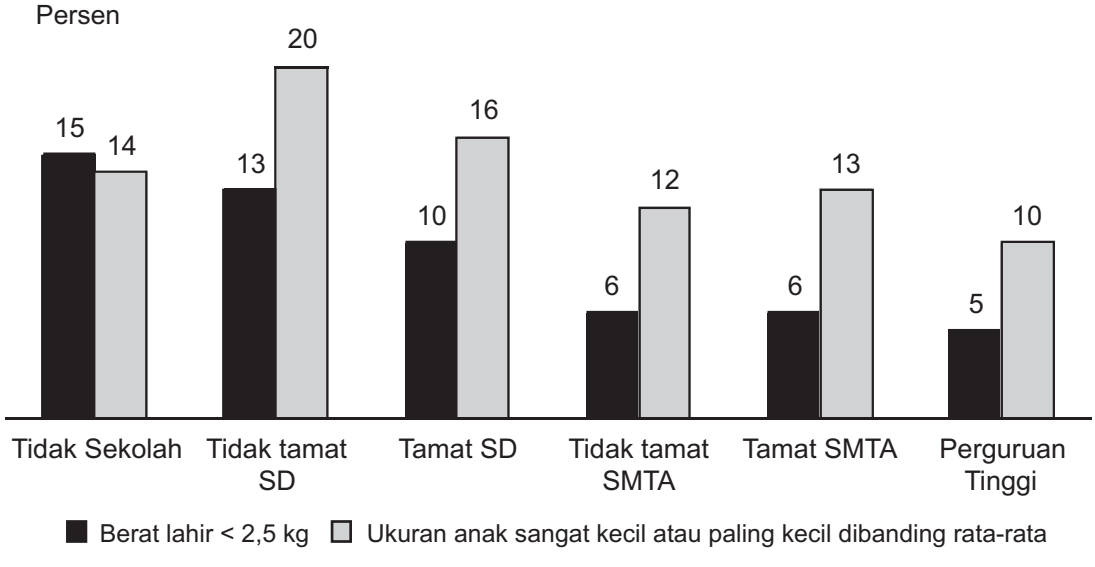
[2] Perguruan tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Secara umum, 7 persen ibu dilaporkan memiliki berat badan anak yang dilahirkan dibawah 2,5 kg. Kelahiran anak dari ibu yang muda, ibu yang tidak tamat SD, dan ibu yang indeks kekayaannya terbawah cenderung memiliki berat badan anak lahir rendah (BBLR). Prevalensi BBLR memiliki hubunghan yang negatif dengan pendidikan ibu (Gambar 10.1). Penggunaan tembakau, terutama selama hamil diketahui sebagai salah satu penyebab berat badan lahir rendah. Namun, data dalam Tabel 10.1 menunjukkan bahwa prevalensi BBLR tinggi diantara ibu yang tidak merokok daripada yang merokok, masing-masing 7 persen dan 4 persen. Penggunaan tembakau diukur hanya pada saat survei, jadi kemungkinan bahwa ibu yang tidak meokok saat ini namun merokok pada masa lalu.

Menurut perkiraan ibu, 13 persen anak lahir dengan ukuran terlalu kecil atau lebih kecil dari rata-rata. Kemungkinan anak yang sangat kecil atau lebih kecil dari rata-rata tidak tampak berbeda dengan urutan kelahiran anak, status merokok ibu dan daerah tempat tinggal. Tidak ada pola yang seragam untuk berat badan lahir anak menurut tingkat pendidikan ibu. Anak dari ibu yang indeks kekayaannya tinggi cenderung dilaporkan lebih sedikit memiliki berat badan lahir dibawah ukuran rata-rata. Gambar 10.1 menyajikan berat badan dan ukuran anak lahir menurut pendidikan ibu.

Lampiran Tabel A-10.1. menunjukkan berat badan dan ukuran anak saat lahir menurut provinsi.

Gambar 10.1 Berat lahir dan ukuran lahir berdasarkan pendidikan ibu



SDKI 2012

10.2 IMUNISASI ANAK

Program Pengembangan Imunisasi (PPI), yang dikembangkan oleh organisasi kesehatan dunia WHO (*World Health Organization*) tahun 1977 telah diadopsi oleh Kementerian Kesehatan. Secara umum, imunisasi anak mencegah 6 enam penyakit anak utama yang dapat dicegah dengan imunisasi tuberkulosis, difteri, pertusis, tetanus, polio dan campak yang sangat penting untuk menurunkan angka kematian anak. Perbedaan cakupan imunisasi di antara berbagai kelompok penduduk sangat penting untuk perencanaan program dan sasaran sumber daya ke daerah tertentu yang sangat membutuhkan. Selain itu, informasi cakupan imunisasi juga diperlukan untuk pemantauan dan evaluasi PPI dengan target semua anak berumur 12-23 bulan pada Tahun 2014 (Kementrian Kesehatan, 2010).

SDKI 2012 mengumpulkan informasi tentang cakupan imunisasi untuk anak yang lahir hidup yang lahir dalam lima tahun sebelum survey. Menurut pedoman WHO, anak dinyatakan telah diimunisasi lengkap bila telah mendapatkan satu kali imunisasi mencegah tuberkulosis (BCG), tiga kali imunisasi DPT, tiga kali imunisasi polio, dan satu kali imunisasi campak.

Pada tahun 1997, Kementrian Kesehatan Indonesia mengembangkan program dengan memasukkan empat dosis vaksin hepatitis B (HB) yang diberikan sebelum anak berulang tahun pertama (Kementrian Kesehatan, 2003. Imunisasi BCG, Polio 1 dan HB 0 diberikan pada waktu lahir atau saat bayi pertama kali kontak dengan petugas kesehatan, DPT, HB, dan polio diberikan tiga kali saat anak berumur 6, 10, dan 14 minggu, dan imunisasi campak diberikan saat anak berumur sembilan bulan.

Di Indonesia, bayi dan anak balita mendapatkan imunisasi dasar dari berbagai petugas dan fasilitas kesehatan, termasuk Pos Pelayanan Terpadu (posyandu) yang dikelola oleh masyarakat (kader desa); Pondok Bersalin Desa (polindes) yang dikelola oleh bidan di desa; Pusat Kesehatan Masyarakat (puskesmas), dan rumah sakit atau klinik pemerintah atau swasta. Di posyandu, pelayanan kesehatan termasuk pemantauan pertumbuhan balita, imunisasi, penanganan dan pengobatan diare, dan penyakit anak lainnya, informasi, pendidikan dan komunikasi keluarga berencana (KB), dan pengobatan penyakit lainnya. Pada kunjungan pertama ke posyandu, anak mendapatkan kartu menuju sehat (KMS). Sedangkan ibu hamil yang melakukan pemeriksaan kehamilan pertama kali mendapat buku kesehatan ibu dan anak (Buku KIA) yang berisi informasi dasar tentang kesehatan ibu dan anaknya. Informasi tentang anak mencakup berat badan lahir, berat badan anak tiap bulan, jenis, dan tanggal imunisasi. Terakhir, informasi tentang imunisasi anak dicatat dalam di buku registrasi yang disimpan oleh petugas imunisasi. Walaupun banyak ibu mengetahui bahwa menyimpan KMS dan Buku KIA di rumah penting untuk dapat memantau pertumbuhan anak dan jadwal imunisasi, namun tidak semua ibu menyimpan dokumen tersebut di rumah. Lebih dari itu, tidak semua bayi menerima pelayanan kesehatan pasca lahir sehingga tidak mempunyai KMS.

Dalam SDKI 2012, data imunisasi anak dikumpulkan untuk anak semua anak lahir hidup umur 12-59 bulan. Informasi tentang cakupan imunisasi dikumpulkan dengan dua cara yaitu: dari KMS anak atau Buku KIA yang ditunjukkan kepada pewawancara, atau apabila anak tidak punya KMS atau Buku KIA maka berdasarkan laporan ibu. Jika ada KMS atau Buku KIA, peawancara mencatat data imunisasi ke dalam kuesioner. Apabila tidak punya KMS atau Buku KIA, atau imunisasi tidak tercatat dalam dokumen tersebut, ibu ditanya tentang spesifik imunisasi yang didapatkan anaknya berdasarkan ingatan ibu saat diwawancara.

Pencatatan imunisasi polio dalam SDKI 2002-2003, 2007 (BPS and ORC Macro, 2008), dan 2012 berbeda dengan SDKI 1994 dan 1997. Tiga survei terbaru mencatat informasi tentang vaksin polio 1 sampai 4, sementara survei sebelumnya mencatat informasi tentang vaksin polio 0 sampai 3. Pencatatan vaksinasi HB dimulai pada SDKI 2002-3. Dalam SDKI 2002-3 dan SDKI 2007, pencatatan vaksinasi HB berbeda dengan SDKI 2012. Pada survei tahun 2012 dicatat HB 0, 1, 2, dan 3, sementara survei 20012-3 dan 2007 hanya bertanya tentang HB 1, 2, dan 3. Pada SDKI 2012, dua cara pengukuran cakupan imunisasi disajikan dalam Tabel 10.2: pertama adalah imunisasi BCG, tiga dosis DPT dan vaksin Polio (Polio 1 sampai dengan 3), empat dosis HB, dan campak.

10.2.1 Cakupan Imunisasi Anak Umur 12-23 Bulan

Tabel 10.2. memperlihatkan persentase anak umur 12-23 bulan, yang telah mendapat imunisasi menurut tiga sumber informasi: KMS atau Buku KIA; atau pengakuan ibu; KMS dan pengakuan ibu. Hasil menunjukkan bahwa kelompok anak ini karena mereka merupakan kelompok kohor anak termuda yang seharusnya sudah mendapat imunisasi lengkap. Secara keseluruhan, 60 persen dari anak umur 12-23 bulan telah mendapatkan imunisasi lengkap, tidak termasuk HB, sementara 37 persen mendapat imunisasi lengkap dengan HB.

Berkaitan dengan vaksin tertentu, 89 persen anak umur 12-23 bulan telah mendapat vaksin BCG, 88 persen DPT 1, 91 persen Polio 1, dan 85 persen HB 0. Meskipun cakupan dosis DPT 1 dan polio 1 relatif tinggi (masing-masing 88 dan 91 persen), hanya 71 dan 75 persen yang menerima DPT 3 dan polio 3 (Gambar 10.2). Angka *dropout*[1] didefinisikan sebagai persentase anak yang mendapat dosis pertama tetapi tidak mendapat dosis ketiga. Angka *dropout* antara dosis pertama dan dosis ketiga vaksin adalah 19 persen DPT dan 18 persen Polio. Angka *dropout* untuk imunisasi HB antara dosis pertama (HB 0) dan dosis keempat (HB 3) adalah 52 persen. Tujuh puluh empat persen anak umur 12-23 bulan mendapat imunisasi mencegah campak. Delapan persen anak berumur 12-23 bulan tidak menerima imunisasi sama sekali.

[1] Angka *dropout* = (Dosis 1 – Dosis 3)/Dosis 1*100

Tabel 10.2 Imunisasi menurut sumber infomasi

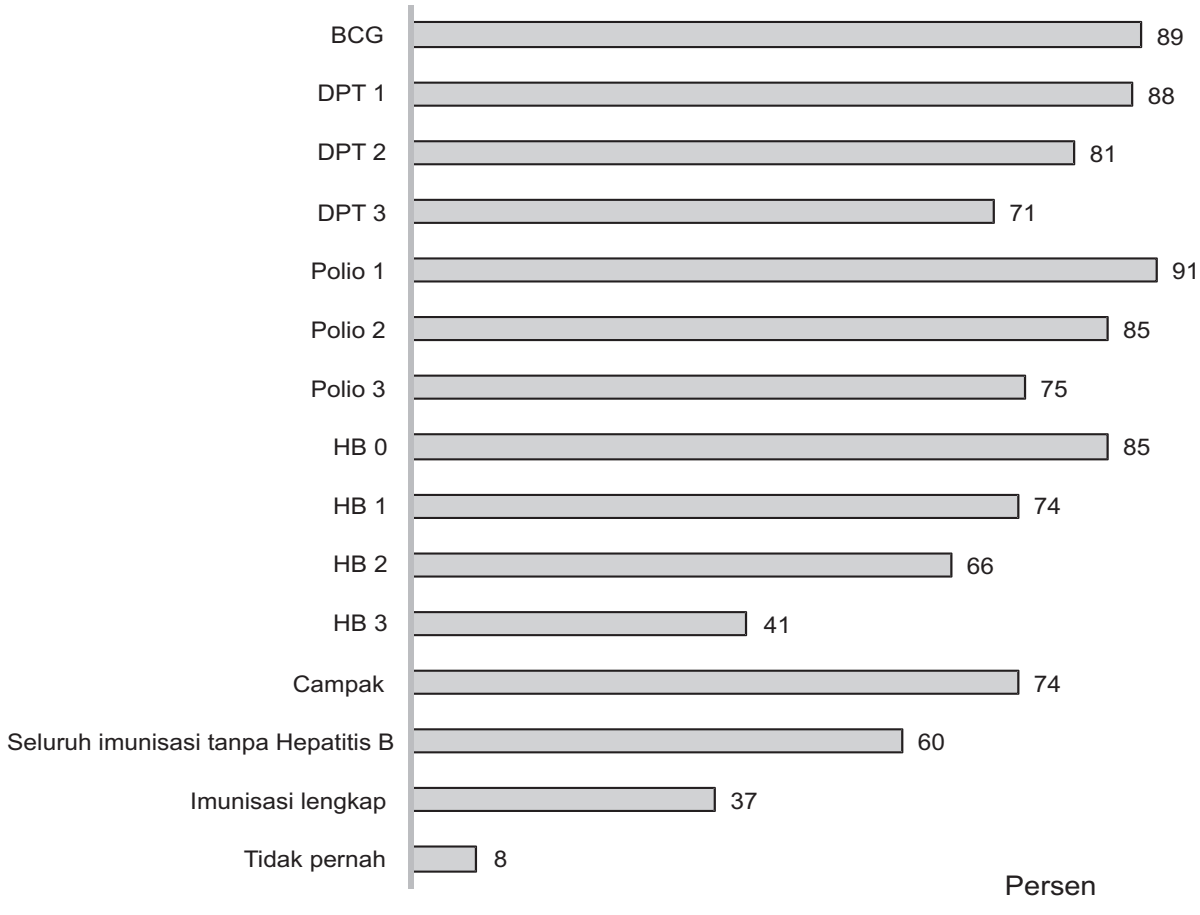
Persentase anak umur 12-23 bulan yang mendapatkan imunisasi tertentu sebelum survei menurut sumber informasi (KMS atau pengakuan ibu) dan persentase anak 12 bulan yang mendapat imunisasi, Indonesia 2012

Sumber informasi	BCG	DPT			Polio			Hepatitis				Campak	Seluruh imunisasi tanpa Hepatitis B	Imunisasi lengkap[1]	Tidak pernah	Jumlah anak
		1	2	3	1	2	3	0	1	2	3					
Diimunisasi sebelum survei																
KMS	39,7	40,2	38,8	37,0	40,7	39,4	37,5	39,6	37,1	35,5	28,9	35,7	34,1	27,4	0,2	1.370
Pengakuan ibu	49,6	47,9	41,9	35,0	50,5	46,1	38,4	45,7	37,5	30,8	13,6	44,4	31,5	12,9	7,1	1.963
KMS + pengakuan ibu	89,3	88,1	80,7	72,0	91,2	85,5	75,9	85,3	74,5	66,3	42,4	80,1	65,6	40,3	7,3	3.333
Diimunisasi sebelum umur 12 bulan	88,6	87,6	80,5	70,6	90,7	85,1	74,6	84,8	74,0	65,5	40,9	74,2	59,9	36,8	7,5	3.333

Catatan: Untuk anak yang sumber informasi imunisasi berdasarkan pengakuan ibu, proporsi imunisasi sebelum umur 12 bulan diasumsikan sama dengan yang berdasarkan catatan tertulis.

[1] Imunisasi BCG, Campak, 4 dosis Hepatitis B, 3 dosis DPT dan polio kecuali polio 4

Gambar 10.2. Imunisasi Anak umur 12 bulan (Berdasarkan KMS dan pengakuan ibu)



SDKI 2012

Lampiran Tabel A.10.2 menunjukkan variasi cakupan imunisasi menurut provinsi

Tabel 10.3 menyajikan persentase anak berumur 12-23 bulan yang mendapat vaksin tertentu pada setiap saat sebelum survei menurut karakteristik. Informasi pada imunisasi anak diperoleh dari KMS atau Buku KIA yang disajikan di bagian atas, laporan pengakuan ibu di bagian tengah, dan informasi dari kedua sumber informasi di bagian bawah. Tabel memperlihatkan hanya 41 persen anak umur 12-23 bulan memiliki KMS atau Buku KIA yang dapat ditunjukkan pada waktu wawancara, meningkat 4 persen dari SDKI 2007 (37 persen) dan 10 persen dari SDKI 2002-2003(31 persen).

Cakupan imunisasi berdasarkan laporan pengakuan ibu lebih rendah daripada cakupan menurut catatan tertulis dalam KMS atau Buku KIA. Menurut laporan pengakuan ibu, hanya 53 persen anak berumur 12-23 bulan yang mendapat imunisasi lengkap tidak termasuk HB, dibandingkan dengan 83 persen anak yang memiliki KMS atau Buku KIA. Cakupan imunisasi tertinggi menurut pengakuan ibu adalah Polio 1, BCG, dan DPT 1 (80 persen atau lebih), sementara cakupan terendah adalah HB 3 (23 persen).

Berdasarkan informasi dari KMS/Buku KIA dan laporan pengakuan ibu, 66 persen anak berumur 12-23 bulan menerima imunisasi lengkap (tidak termasuk HB) pada saat survei. Sementara hampir tidak ada perbedaan dalam cakupan imunisasi menurut jenis kelamin anak, anak yang lebih sedikit mendapat imunisasi terdapat pada anak yang lahir urutan kelahiran enam atau lebih tinggi (31 persen) dan anak yang ibunya tidak sekolah (23 persen). Tabel 10.3 menunjukkan bahwa anak dengan memiliki kartu imunisasi cenderung lebih banyak terlihat pada anak dengan urutan kelahiran pertama, anak yang tinggal di perkotaan, anak dengan ibu yang berpendidikan tamat SMA dan pendidikan yang lebih tinggi, dan anak yang ibunya dalam kelompok kuintil kekayaan teratas.

Tabel 10.3 Imunisasi menurut karakteristik latar belakang

Persentase anak umur 12-23 bulan yang mendapat imunisasi tertentu sebelum survei (menurut catatan dalam KMS/ Buku KIA atau laporan pengakuan ibu) menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	BCG	DPT 1	DPT 2	DPT 3	Polio 1	Polio 2	Polio 3	Hepatitis 0	Hepatitis 1	Hepatitis 2	Hepatitis 3	Campak	Seluruh imunisasi tanpa Hepatitis B	Imunisasi lengkap[1]	Tidak pernah	Persentase KMS diperlihatkan	Jumlah anak
KMS/ Buku KIA																	
Jenis kelamin																	
Pria	98,1	99,0	95,7	91,8	99,4	97,0	93,5	97,1	91,0	87,2	72,3	86,8	84,1	67,5	0,3	100,0	720
Perempuan	95,2	96,7	92,9	88,1	98,5	94,6	88,8	95,5	89,4	85,3	67,9	86,9	81,8	65,9	0,6	100,0	650
Urutan kelahiran																	
1	95,8	98,5	95,3	90,8	98,6	95,1	90,7	95,9	91,0	86,7	74,8	88,3	82,9	70,5	0,5	100,0	582
2-3	97,4	98,0	94,5	91,0	99,3	97,6	92,8	96,8	90,7	87,6	68,9	87,2	84,4	65,8	0,3	100,0	658
4-5	98,7	97,9	95,0	90,5	100,0	97,1	93,0	95,6	89,2	85,9	61,7	86,1	85,1	58,7	0,0	100,0	107
6+	88,1	80,9	61,9	42,5	96,1	61,2	56,3	96,4	61,2	44,5	34,8	44,2	37,1	33,0	2,4	100,0	23
Daerah tempat tinggal																	
Perkotaan	97,5	97,7	95,8	91,2	99,2	96,7	93,1	98,0	92,5	88,6	73,6	85,6	82,9	68,8	0,4	100,0	696
Perdesaan	95,9	98,0	92,9	88,9	98,8	95,0	89,4	94,6	87,9	84,0	66,8	88,2	83,1	64,5	0,5	100,0	674
Pendidikan Ibu																	
Tidak sekolah	77,0	92,5	92,5	66,5	92,5	90,3	66,5	90,3	84,7	69,2	19,4	53,4	45,9	19,4	0,0	100,0	7
Tidak tamat SD	94,6	84,9	77,9	70,9	94,9	86,8	74,1	86,4	76,8	74,7	48,4	61,2	58,2	38,1	2,4	100,0	71
Tamat SD	94,2	98,1	93,4	88,5	99,2	95,9	88,9	96,9	90,8	86,9	67,7	87,6	82,2	65,3	0,6	100,0	331
Tidak tamat SMTA	96,0	98,3	94,6	88,2	98,6	95,6	91,7	95,9	91,9	84,9	71,9	88,7	82,5	69,8	0,6	100,0	386
Tamat SMTA	98,9	99,0	96,5	94,2	99,7	96,5	94,1	97,8	89,3	87,5	73,4	87,7	86,5	69,4	0,0	100,0	442
Perguruan Tinggi[2]	99,6	99,6	97,7	96,8	99,6	99,4	97,2	96,5	94,6	92,4	75,7	92,3	90,4	70,0	0,0	100,0	133
Kuintil kekayaan																	
Terbawah	92,5	96,7	87,0	79,9	96,7	92,1	83,3	92,9	84,2	76,3	50,5	80,0	73,3	48,9	0,9	100,0	211
Menengah bawah	94,9	97,9	93,9	86,8	99,0	93,7	88,8	97,5	90,2	84,5	70,0	83,9	78,6	66,5	0,7	100,0	335
Menengah	97,7	98,1	97,2	95,5	98,7	98,4	95,0	96,1	91,8	89,9	69,8	93,2	89,9	66,6	0,6	100,0	258
Menengah atas	98,1	98,1	95,7	91,3	99,9	96,9	92,7	96,9	92,5	89,0	79,6	86,2	82,5	73,7	0,0	100,0	287
Teratas	99,6	98,3	96,3	95,2	100,0	97,9	95,4	97,0	91,1	90,0	76,3	90,4	89,8	73,3	0,0	100,0	279
Jumlah	96,7	97,9	94,3	90,0	99,0	95,9	91,3	96,3	90,2	86,3	70,2	86,9	83,0	66,7	0,4	100,0	1.370
LAPORAN IBU																	
Jenis kelamin																	
Pria	84,8	81,2	72,1	59,5	86,1	79,4	65,6	78,3	65,9	53,8	24,3	77,2	53,1	23,2	11,8	0,0	994
Perempuan	83,5	81,4	70,1	59,4	85,5	77,0	64,7	76,8	61,3	50,7	21,7	73,6	53,7	20,6	12,4	0,0	969
Urutan kelahiran																	
1	87,0	84,1	75,2	63,2	87,1	78,6	66,1	78,2	63,8	53,5	23,5	79,7	56,5	22,5	10,5	0,0	663
2-3	86,2	83,9	73,4	62,0	87,8	81,6	67,9	80,5	66,3	55,6	24,7	76,3	56,3	23,4	10,3	0,0	1.008
4-5	74,7	70,9	59,0	45,5	79,7	68,0	54,9	71,2	59,2	40,8	17,1	67,4	39,2	16,4	18,1	0,0	214
6+	59,2	53,7	40,6	33,5	65,4	58,8	50,0	52,1	40,2	30,2	13,9	50,7	29,8	13,7	33,2	0,0	79
Daerah tempat tinggal																	
Perkotaan	90,9	87,7	76,3	66,5	91,5	84,3	70,8	84,7	69,1	57,1	23,4	79,8	59,3	22,1	7,2	0,0	928
Perdesaan	78,1	75,6	66,5	53,1	80,7	72,7	60,1	71,2	58,7	48,0	22,7	71,5	48,1	21,8	16,5	0,0	1.035
Pendidikan Ibu																	
Tidak sekolah	47,9	35,2	29,9	19,3	46,2	42,0	26,5	34,0	23,3	18,4	7,9	30,2	18,9	7,6	45,7	0,0	45
Tidak tamat SD	68,0	59,5	48,8	39,1	68,0	59,4	49,4	58,1	48,6	37,0	20,9	58,5	37,4	20,1	27,2	0,0	148
Tamat SD	79,4	77,4	62,4	48,2	83,3	73,2	56,6	73,3	51,6	41,6	17,3	71,1	43,3	16,5	14,5	0,0	440
Tidak tamat SMTA	84,9	82,3	70,9	58,4	86,7	78,3	66,9	77,1	64,1	52,6	23,1	76,4	53,1	21,5	11,4	0,0	554
Tamat SMTA	90,5	87,8	79,2	68,1	91,0	84,3	68,4	84,4	71,7	57,3	24,1	80,5	57,4	22,6	7,8	0,0	490
Perguruan Tinggi[2]	93,1	92,9	89,2	80,7	94,3	90,6	83,7	90,3	81,4	72,8	33,4	87,7	76,3	33,1	4,0	0,0	286
Kuintil kekayaan																	
Terbawah	67,4	62,7	52,0	39,6	71,5	63,6	50,1	58,7	47,6	36,4	14,9	57,7	35,4	14,4	25,5	0,0	462
Menengah bawah	83,1	79,6	67,3	54,4	85,8	77,3	61,3	74,9	60,0	47,3	21,2	75,8	49,2	18,8	11,0	0,0	404
Menengah	89,1	87,4	76,5	61,5	89,0	81,0	70,6	83,1	68,8	60,3	26,7	80,5	55,7	25,9	9,6	0,0	395
Menengah atas	92,4	89,3	80,7	71,6	92,9	85,8	69,0	85,9	68,4	56,3	25,9	79,6	60,4	24,6	5,3	0,0	355
Teratas	93,6	93,0	85,2	77,0	93,8	87,8	79,7	90,9	78,4	66,0	28,9	88,7	72,6	28,3	5,2	0,0	347
Jumlah	84,1	81,3	71,1	59,4	85,8	78,2	65,2	77,6	63,6	52,3	23,0	75,5	53,4	21,9	12,1	0,0	1.963

Lanjutan ...

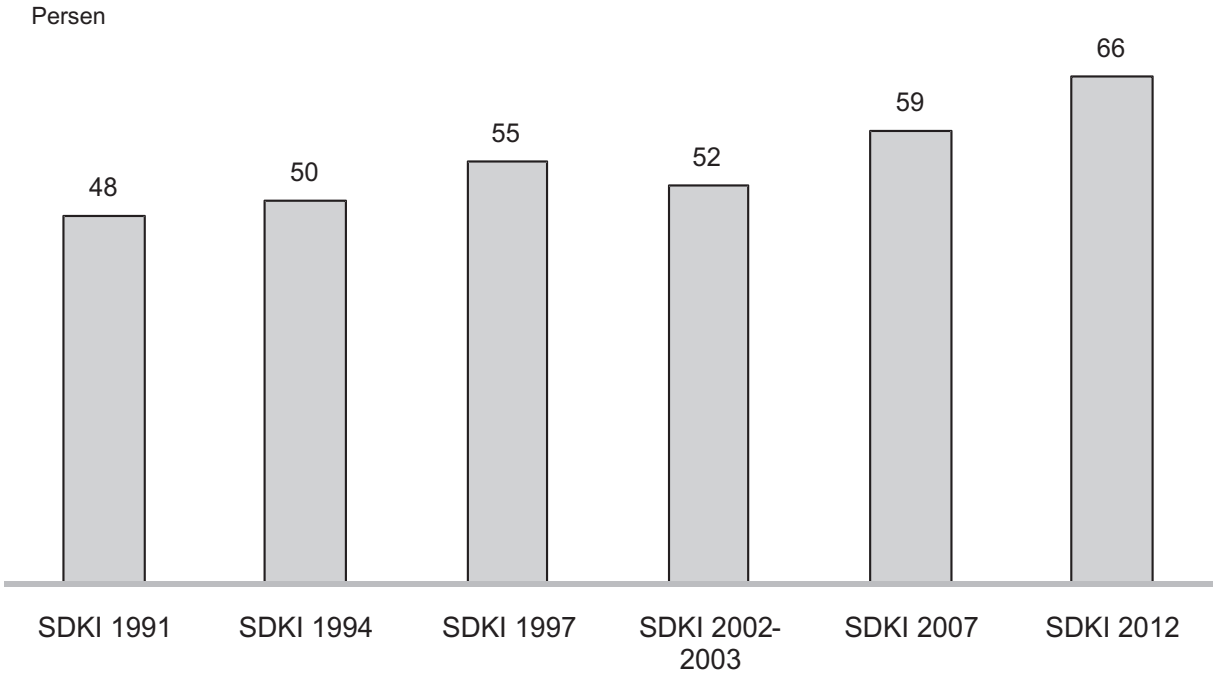
Tabel 10.3 ~~Lan~~*jutan*

Karakteristik latar belakang	BCG	DPT			Polio			Hepatitis				Campak	Seluruh imunisasi tanpa Hepatitis B	Imunisasi lengkap[1]	Tidak pernah	Persentase KMS diperlihatkan	Jumlah anak
		1	2	3	1	2	3	0	1	2	3						
KMS/BUKU KIA DAN LAPORAN IBU																	
Jenis kelamin																	
Pria	90,4	88,7	82,0	73,1	91,7	86,8	77,3	86,2	76,4	67,8	44,5	81,2	66,1	41,8	6,9	42,0	1.714
Perempuan	88,2	87,6	79,3	70,9	90,7	84,1	74,4	84,3	72,5	64,6	40,3	79,0	65,0	38,8	7,7	40,2	1.619
Urutan kelahiran																	
1	91,1	90,8	84,6	76,1	92,4	86,3	77,6	86,5	76,5	69,0	47,5	83,7	68,8	44,9	5,8	46,7	1.244
2-3	90,6	89,5	81,8	73,5	92,3	87,9	77,7	86,9	75,9	68,2	42,1	80,6	67,4	40,1	6,3	39,5	1.665
4-5	82,7	79,9	71,0	60,5	86,5	77,7	67,6	79,3	69,2	55,8	32,0	73,6	54,5	30,5	12,1	33,3	322
6+	65,8	59,9	45,5	35,5	72,4	59,4	51,5	62,2	45,0	33,4	18,7	49,2	31,4	18,1	26,2	22,9	102
Daerah tempat tinggal																	
Perkotaan	93,7	92,0	84,6	77,1	94,8	89,6	80,4	90,4	79,1	70,6	44,9	82,3	69,4	42,1	4,3	42,8	1.624
Perdesaan	85,1	84,5	76,9	67,2	87,8	81,5	71,7	80,4	70,2	62,2	40,1	78,1	61,9	38,6	10,2	39,5	1.709
Pendidikan Ibu																	
Tidak sekolah	52,0	43,2	38,7	25,9	52,7	48,8	32,1	41,9	31,9	25,5	9,5	33,4	22,7	9,2	39,3	14,1	53
Tidak tamat SD	76,6	67,7	58,3	49,4	76,8	68,3	57,5	67,3	57,8	49,2	29,9	59,4	44,2	26,0	19,1	32,5	219
Tamat SD	85,8	86,3	75,7	65,5	90,1	83,0	70,5	83,4	68,4	61,0	38,9	78,1	60,0	37,4	8,5	42,9	770
Tidak tamat SMTA	89,4	88,9	80,7	70,7	91,6	85,4	77,1	84,8	75,5	65,9	43,1	81,5	65,2	41,4	7,0	41,1	939
Tamat SMTA	94,5	93,1	87,4	80,5	95,1	90,1	80,6	90,7	80,0	71,6	47,5	83,9	71,2	44,8	4,1	47,4	932
Perguruan Tinggi[2]	95,2	95,1	91,9	85,8	96,0	93,4	88,0	92,3	85,6	79,0	46,9	89,2	80,8	44,8	2,8	31,7	420
Kuintil kekayaan																	
Terbawah	75,2	73,4	63,0	52,2	79,4	72,5	60,5	69,4	59,0	48,9	26,0	64,7	47,3	25,2	17,8	31,3	673
Menengah bawah	88,5	87,9	79,4	69,1	91,8	84,7	73,8	85,2	73,6	64,1	43,3	79,5	62,5	40,4	6,3	45,3	739
Menengah	92,5	91,6	84,7	74,9	92,8	87,9	80,3	88,2	77,9	72,0	43,7	85,5	69,3	42,0	6,1	39,6	653
Menengah atas	95,0	93,3	87,4	80,4	96,1	90,7	79,6	90,8	79,2	71,0	49,9	82,5	70,3	46,6	2,9	44,7	642
Teratas	96,3	95,4	90,2	85,1	96,6	92,3	86,7	93,6	84,0	76,7	50,1	89,5	80,2	48,4	2,9	44,6	625
Jumlah	89,3	88,1	80,7	72,0	91,2	85,5	75,9	85,3	74,5	66,3	42,4	80,1	65,6	40,3	7,3	41,1	3.333

[1] Imunisasi BCG, Campak, 4 dosis Hepatitis B, 3 dosis DPT dan polio kecuali polio 4
[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Gambar 10.3 menunjukkan tren cakupan imunisasi mulai 1991. Dalam 20 tahun terakhir, cakupan imunisasi meningkat secara substansial dari 48 persen menjadi 66 persen. Perlu hati-hati saat membandingkan hasil SDKI 2002-2003 dengan SDKI 2007 dan SDKI 2012 karena dua SDKI terakhir ini mencakup seluruh wilayah (33 provinsi), semnatara SDKI 2002-2003 tidak termasuk tiga provinsi (Nanggroe Aceh Darussalam, Maluku, dan Papua). Apabila dilihat lebih dalam pada SDKI 2002-03, terdapat kenaikan 13 persen antara 2002-03 dengan 2007, dan 12 persen dalam 5 tahun terakhir (BPS dan ORC Macro, 2008).

Gambar 10.3 Tren cakupan imunisasi kecuali Hepatitis B



Sumber: Informasi dari KMS/Buku KIA dan Laporan Ibu
Catatan: SDKI 20022003 kecuali provinsi Aceh, Maluku, dan Papua

10.3 PENYAKIT ANAK DAN PENGOBATAN

Bab ini menyajikan temuan tentang prevalensi dan pengobatan penyakit pada anak. SDKI 2012 mengumpulkan data beberapa penyakit infeksi utama pada anak berumur di bawah lima tahun (balita), seperti infeksi saluran pernafasan akut (ISPA), pneumonia, gejala demam, dan diare.

Infeksi saluran pernafasan akut, terutama pneumonia, adalah penyebab umum kesakitan dan penyebab kematian pada anak balita di seluruh dunia. Pneumonia ditandai oleh batuk yang disertai dengan pernafasan yang sulit atau cepat dan tarikan dada ke dalam saat bernafas. Pneumonia berat dianjurkan rawat inap di rumah sakit, jika tidak, pengobatan rawat jalan dengan antibiotik disarankan. Diagnosis dan pengobatan dini dengan antibiotik dapat mencegah banyak kematian yang disebabkan oleh infeksi saluran pernafasan, terutama kematian yang disebabkan karena pneumonia.

Berbagai penyakit infeksi biasanya ditandai dengan gejala demam. Di Indonesia, penyakit infeksi yang paling sering ditandai dengan gejala demam adalah malaria, ISPA dan infeksi saluran pencernaan, campak, dan tifoid. Pada SDKI 2012, informasi tentang prevalensi demam pada balita dalam kurun waktu 2 minggu sebelum survei dikumpulkan menurut laporan ibu, meskipun penyebabnya tidak dirinci.

Prevalensi diare pada anak balita juga dikumpulkan dengan menanyakan pada ibu tentang kejadian diare pada anak-anak mereka selama dua minggu terakhir.

Kontak dengan tenaga kesehatan dan praktik pengobatan pada anak dengan tiga penyakit terbanyak (infeksi saluran pernapasan akut/ ISPA, demam, dan diare) membantu penilaian program nasional yang bertujuan menurunkan kematian akibat penyakit ini. Informasi tersedia dalam prevalensi dan pengobatan ISPA, dan pemberian antibiotik, sama halnya untuk prevalensi demam dan pengobatannya dengan obat anti malaria dan antibiotik. Informasi tentang pengobatan diare dengan cara rehidrasi oral termasuk penambahan cairan/minum yang banyak, membantu penilaian program dan mengurangi parahnya penyakit diare, maka informasi mengenai pembuangan tinja anak juga dikumpulkan.

10.3.1 Infeksi Saluran Pernapasan Akut (ISPA)

Pada SDKI 2012, prevalensi ISPA diestimasi dengan menanyakan pada ibu apakah anak balita mereka menderita batuk yang disertai dengan pernafasan yang sulit atau cepat disertai tarikan dada ke dalam saat bernafas pada dua minggu sebelum survei. Gejala tersebut cocok dengan ISPA. Perlu dicatat bahwa data morbiditas yang dikumpulkan adalah subjektif berdasarkan persepsi ibu mengenai penyakit tanpa pengesahan dari paramedis.

Tabel 10.4. menunjukkan secara keseluruhan 5 persen anak balita mengalami gejala ISPA dalam dua minggu sebelum survei. Ada sedikit keragaman dalam kelompok anak: prevalensi ISPA tidak banyak keragaman menurut jenis kelamin anak, status merokok ibu, daerah tempat tinggal, pendidikan ibu, dan kuintil kekayaan. Prevalensi ISPA terendah ditemukan pada anak umur kurang dari 6 bulan (2 persen).

Tabel 10.4 Prevalensi dan pengobatan infeksi saluran pernafasan akut (ISPA)

Persentase balita yang batuk disertai pernafasan dangkal dan cepat (gejala ISPA) dalam dua minggu sebelum survei, dan persentase balita dengan gejala ISPA yang berobat pada fasilitas atau tenaga kesehatan, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Di antara anak balita:		Di antara anak balita dengan gejala ISPA:		
Karakteristik latar belakang	Persentase balita dengan gejala ISPA [1]	Jumlah balita	Persentase yang berobat ke fasilitas atau tenaga kesehatan [2]	Persentase balita mendapat antibiotik	Jumlah balita
Umur anak (bulan)					
<6	2,3	1.614	82,6	25,8	37
6-11	5,9	1.853	88,8	42,1	110
12-23	5,1	3.333	79,1	40,4	171
24-35	6,5	3.218	69,2	35,0	208
36-47	5,4	3.200	75,3	41,1	172
48-59	4,2	3.162	67,0	41,2	134
Jenis kelamin					
Pria	5,7	8.327	75,9	40,8	474
Perempuan	4,5	8.054	74,6	36,3	359
Status merokok ibu					
Merokok	6,2	316	62,4	20,7	20
Tidak merokok	5,1	16.063	75,6	39,3	813
Bahan bakar untuk memasak					
Listrik atau gas	(2,3)	22	*	*	0
Minyak tanah	5,3	1.264	74,6	40,3	67
Batubara / lignit	3,2	66	*	*	2
Arang	3,2	66	47,8	76,9	2
Kayu / jerami [3]	6,3	5.668	70,3	34,0	356
Tidak ada makanan yang dimasak dalam rumah tangga	(12,6)	39	*	*	5
Daerah tempat tinggal					
Perkotaan	4,5	8.173	74,6	40,0	366
Perdesaan	5,7	8.207	75,9	38,0	467
Pendidikan ibu					
Tidak sekolah	5,4	341	(75,3)	(7,1)	18
Tidak tamat SD	7,5	1.374	70,4	40,9	103
Tamat SD	5,1	3.812	72,9	44,9	196
Tidak tamat SMTA	5,8	4.315	79,2	38,4	251
Tamat SMTA	4,4	4.450	76,4	34,4	196
Perguruan Tinggi [4]	3,3	2.089	72,5	41,8	69
Kuintil kekayaan					
Terbawah	6,7	3.541	60,7	36,1	236
Menengah bawah	6,0	3.164	83,7	40,8	190
Menengah	4,9	3.197	80,3	40,3	158
Menengah atas	4,1	3.338	86,8	42,7	137
Teratas	3,6	3.141	71,0	34,8	112
Jumlah	5,1	16.380	75,3	38,9	833

Catatan: Jumlah termasuk 17 anak dengan informasi yang hilang *(missing information)* pada bahan bakar untuk memasak.
Tanda kurung menunjukan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang (*unweighted)*.
TTanda bintang (*) menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada kurang dari 25 kasus tidak tertimba ng (*unweighted)* dan tidak disajikan (ditampilkan).
[1] Gejala ISPA (batuk disertai dengan pernafas an pendek dan cepat yang susah bernafas yang dianggap sebagai proksi pneumonia.
[2] Tidak termasuk apotek, toko obat, dan pengobat an tradisionil
[3] Termasuk rumput, semak, sisa tanaman
[4] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tiga dari empat (75 persen) anak yang memperlihatkan gejala ISPA dibawa ke fasilitas kesehatan atau petugas kesehatan untuk pengobatan, angka ini meningkat 9 persen dibanding temuan SDKI 2007. Hal ini berarti akses penderita ISPA ke fasilitas kesehatan meningkat dibanding temuan sebelumnya. Di antara anak di bawah 5 tahun yang menderita ISPA dan pergi ke fasilitas kesehatan, sebanyak 39 persen mendapatkan pengobatan antibiotik.

Tidak terdapat pola yang jelas dalam perilaku mencari pengobatan menurut latar belakang karakteristik. Anak berumur 48-59 bulan cenderung lebih sedikit menerima nasehat atau pengobatan dari petugas kesehatan.

Lampiran Tabel A-10.3 menunjukkan prevalensi dan pengobatan gejala ISPA menurut provinsi.

10.3.2 Demam

Demam merupakan manifestasi utama penyakit malaria dan infeksi akut lainnya pada anak-anak. Malaria dan demam berkontribusi terhadap malnutrisi berat dan morbiditas. Malaria lebih sering terjadi pada akhir musim hujan, iklim ini lebih menguntungkan bagi penularan malaria, sedangkan demam dapat terjadi sepanjang tahun. Dengan alasan ini, harus diperhitungkan faktor demam sebagai indikator prevalensi malaria. Malaria merupakan penyebab kematian utama pada masa bayi dan anak-anak di banyak negara berkembang, maka pengobatan demam dengan obat antimalaria dianjurkan di banyak negara endemis malaria. Di Indonesia, malaria banyak ditemukan di kawasan timur Indonesia, termasuk Papua, Barat dan Timur Nusa Tenggara, Maluku dan Maluku Utara. Disamping itu, malaria ditemukan juga di Pulau Lombok, dan semua daerah perdesaan di Sumatera, Kalimantan, dan Sulawesi.

Tabel 10.5 menunjukkan persentase anak balita dengan demam selama dua minggu sebelum survei dan persentase mendapatkan berbagai perawatan berdasarkan karakteristik latar belakang. Secara keseluruhan, tiga puluh satu persen dari anak balita dilaporkan mengalami demam dalam dua minggu sebelum survei. Prevalensi demam bervariasi menurut umur anak. Anak umur 6-23 bulan lebih rentan mengalami demam (37-39 persen) dibandingkan anak lainnya. Tampak adanya sedikit perbedaan prevalensi demam berdasarkan jenis kelamin, tempat tinggal, pendidikan ibu dan kuintil kekayaan.

Tiga dari empat anak dengan demam (74 persen) dibawa ke fasilitas kesehatan atau tenaga kesehatan. Anak kelompok umur 6-23 bulan yang menderita demam, lebih banyak dibawa ke fasilitas kesehatan atau tenaga kesehatan dibandingkan anak-anak kelompok umur lain (77-78 persen). Persentase anak dengan demam yang dibawa ke fasilitas kesehatan atau tenaga kesehatan cenderung meningkat sejalan dengan meningkatnya kuintil kekayaan, yaitu 66 persen anak dari rumah tangga termiskin dibandingkan dengan 79 persen anak dari rumah tangga lebih tinggi kuintil kekayaan-nya.

Seperti yang diperkirakan, sejak malaria ditemukan pada hanya beberapa daerah di Indonesia, sedikit anak dengan demam yang diberi obat anti malaria. Tabel 10.5 juga menunjukkan 36 persen anak dengan demam yang menerima pengobatan antibiotik. Anak umur 6 bulan atau lebih cenderung lebih banyak menerima pengobatan antibiotik daripada anak yang berumur lebih muda. Tidak tampak pola yang jelas tentang pengobatan antibiotik menurut jenis kelamin, daerah tempat tinggal, dan kuintil kekayaan. Namun demikian, pengobatan demam dengan antibiotik memiliki hubungan dengan pendidikan ibu, anak yang ibunya tidak sekolah cenderung lebih sedikit menerima antibiotik (21 persen). Lampiran Tabel A-10.3.1 persentase anak balita dengan demam selama dua minggu sebelum survei dan persentase mendapatkan berbagai perawatan menurut provinsi.

Tabel 10.5 Prevalensi dan pengobatan demam

Diantara anak umur dibawah lima tahun, persentase balita menderita demam dalam dua minggu sebelum survei dan persentase balita dengan demam yang berobat pada fasilitas atau tenaga kesehatan, persentase balita mendapat pengobatan obat antimalaria, dan persentase mendapat antibiotik menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Di antara anak balita:		Di antara anak balita dengan demam			
Karakteristik latar belakang	Persentase balita dengan panas	Jumlah balita	Persentase yang berobat ke fasilitas atau tenaga kesehatan [1]	Persentase balita mendapat obat antimalarial	Persentase balita mendapat antibiotik	Jumlah balita
Umur dalam bulan						
<6	21,9	1,614	72,9	0,0	25,3	353
6-11	39,3	1,853	78,0	0,9	35,0	728
12-23	37,2	3,333	77,2	0,9	36,6	1.239
24-35	33,3	3,218	73,3	0,9	37,1	1.073
36-47	28,3	3,200	68,0	0,6	35,1	905
48-59	24,9	3,162	70,1	1,0	37,4	788
Jenis kelamin						
Pria	32,2	8,327	74,6	0,8	37,1	2.682
Perempuan	29,8	8,054	72,2	0,8	33,8	2.404
Daerah tempat tinggal						
Perkotaan	29,4	8,173	74,4	0,5	37,2	2.400
Perdesaan	32,7	8,207	72,6	1,1	34,1	2.686
Pendidikan ibu						
Tidak pernah sekolah	27,6	341	63,1	0,8	20,8	94
Tidak tamat SD	34,2	1,374	68,8	0,4	37,1	470
Tamat SD	32,2	3,812	70,9	1,0	36,2	1.229
Tidak tamat SMTA	33,8	4,315	77,0	0,6	33,4	1.459
Tamat SMTA	29,4	4,450	75,1	0,6	37,0	1.308
Perguruan Tinggi [2]	25,2	2,089	71,6	1,8	37,6	526
Kuintil kekayaan						
Terbawah	32,5	3,541	65,6	1,1	33,9	1.150
Menengah bawah	33,4	3,164	73,9	1,2	36,2	1.057
Menengah	32,0	3,197	73,5	0,3	36,1	1.023
Menengah atas	30,9	3,338	77,1	0,7	36,8	1.033
Teratas	26,2	3,141	79,1	0,5	34,6	824
Jumlah	31,0	16,380	73,5	0,8	35,5	5.086

[1] Tidak termasuk apotek, toko obat, dan pengobat tradisional
[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

10.3.3 Diare

Dehidrasi karena diare berat adalah penyebab utama kematian pada bayi dan anak, walaupun kondisi ini dapat di atasi dengan pengobatan rehidrasi oral. Diare sering disebabkan karena penggunaan air yang terkontaminasi, kebiasaan menyiapkan makanan yang tidak higienis dan pembuangan tinja/limbah. Kombinasi dari penyebab yang tinggi terutama pada kematian dan pengobatan yang efektif membuat diare menjadi perhatian prioritas untuk pelayanan kesehatan. Pada SDKI 2012, prevalensi diare beragam menurut musim.

Prevalensi Diare

Tabel 10.6 memperlihatkan persentase anak berumur dibawah lima tahun (balita) dengan diare dan diare disertai dengan darah dalam dua minggu sebelum survei menurut karakteristik latar belakang. Adanya diare yang disertai darah mengindikasikan penyakit kolera atau penyakit lainnya yang membutuhkan penanganan berbeda dengan diare tanpa darah.

Secara keseluruhan, 14 persen anak balita mengalami diare dalam dua minggu sebelum survei. Diare dengan adanya darah hanya satu setiap 1.000 anak.

Prevalensi diare tertinggi pada anak umur 6-35 bulan, diprediksi karena anak pada umur sekitar 6 bulan selalu sudah tidak mendapatkan air susu ibu.

Secara umum, sumber air minum memberikan perbedaan terhadap anak yang menderita diare. Delapan belas persen anak yang berasal dari rumah tangga yang memiliki sumber air minum tidak layak *(non-improved source)* menderita diare dibandingkan dengan 14 persen anak yang tinggal dalam rumah tangga yang memiliki sumber air minum layak *(improved source)*. Selain itu, prevalensi diare dari anak yang tinggal dalam rumah tangga yang tidak mempunyai fasilitas toilet dan mereka yang tinggal dalam rumah tangga yang memiliki toilet tanpa tangki septik, lebih rendah dibandingkan dengan anak yang tinggal dalam rumah dengan fasilitas toilet jenis lain.

Tidak ada pola prevalensi diare yang jelas menurut pendidikan ibu. Persentase diare tertinggi terdapat diantara anak yang berasal dari rumah tangga dengan kuintil kekayaan terendah.

Lampiran Tabel A-10.4 menunjukkan prevalensi diare menurut provinsi.

Pengetahuan Tentang Rehidrasi Oral atau Paket Oralit

Respon yang efektif dan sederhana terhadap dehidrasi yang disebabkan oleh diare adalah dengan memberi anjuran untuk memperbanyak cairan yang masuk melalui beberapa cara pengobatan rehidrasi oral, termasuk paket Oralit. Dalam rangka mengetahui pengetahuan tentang paket Oralit, responden wanita dalam SDKI 2012 ditanyakan apakah mereka tahu tentang Oralit, merek Oralit yang paling sering digunakan di Indonesia.

Tabel 10.6 Prevalensi diare

Persentase balita yang diare dalam dua minggu sebelum survei menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Diare dalam dua minggu sebelum survei: Semua diare	Diare dalam dua minggu sebelum survei: Diare dengan darah	Jumlah anak
Umur anak (bulan)			
<6	11,8	0,0	1.614
6-11	19,2	0,1	1.853
12-23	21,4	0,3	3.333
24-35	16,0	0,0	3.218
36-47	9,7	0,2	3.200
48-59	8,1	0,1	3.162
Jenis kelamin			
Pria	15,6	0,1	8.327
Perempuan	12,9	0,1	8.054
Sumber air minum [1]			
Sumber air minum layak	13,7	0,1	12.137
Sumber air minum tidak layak	17,8	0,2	3.759
Lainnya/Tidak terjawab	14,5	0,0	72
Fasilitas kakus [2]			
Sendiri dengan tangki septik	13,1	0,1	9.919
Sendiri tanpa tangki septik	16,2	0,3	1.262
Kakus bersama	14,7	0,1	1.463
Kakus cemplung	14,8	0,3	871
Halaman/ hutan	18,5	0,0	579
Sungai/kolam/danau	17,4	0,2	1.927
Lainnya	15,3	0,2	351
Tidak terjawab	0,0	0,0	9
Daerah tempat tinggal			
Perkotaan	13,2	0,1	8.173
Perdesaan	15,4	0,2	8.207
Pendidikan ibu			
Tidak sekolah	11,8	0,0	341
Tidak tamat SD	17,4	0,3	1.374
Tamat SD	14,1	0,0	3.812
Tidak tamat SMTA	15,7	0,2	4.315
Tamat SMTA	14,1	0,1	4.450
Perguruan Tinggi [4]	10,6	0,0	2.089
Kuintil kekayaan			
Terbawah	16,9	0,2	3.541
Menengah bawah	15,5	0,2	3.164
Menengah	15,0	0,0	3.197
Menengah bawah	13,4	0,1	3.338
Teratas	10,4	0,0	3.141
Jumlah	14,3	0,1	16.380

Catatan: Jumlah termasuk 9 rumah tangga dengan informasi yang hilang *(missing information)* tentang fasilitas sanitasi

[1] Lihat Tabel 2.1 untuk definisi kategori

[2] Lihat Tabel 2.2 untuk definisi kategori

[3] Fasilitas dianggap baik jika tidak digunakan bersama (2 atau lebih rumah tangga)

[4] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 10.7 dan gambar 10.4 menunjukan bahwa pengetahuan tentang paket Oralit telah menyebar diantara ibu di Indonesia yang melahirkan dalam lima tahun sebelum survei, sama dengan temuan SDKI 2007 (BPS dkk, 2008). Pengetahuan tentang paket Oralit lebih rendah pada wanita dengan kelompok umur 15-19 dibandingkan dengan wanita yang lebih tua. Selanjutnya, wanita perkotaan lebih mengetahui tentang Oralit daripada wanita perdesaan (masing-masing, 97 dan 91 persen). Pendidikan ibu berhubungan positif dengan pengetahuan tentang paket Oralit; hanya 60 persen ibu yang tidak berpendidikan pernah mendengar tentang Oralit dibandingkan dengan 98 persen wanita yang berpendidikan SMTA atau lebih tinggi. Pola yang sama juga menurut status kekayaan kekayaan rumahtangga; 86 persen ibu dalam kuintil kekayaan terendah mengetahui paket Oralit dibanding 98 persen ibu pada kuintil kekayaan tertinggi.

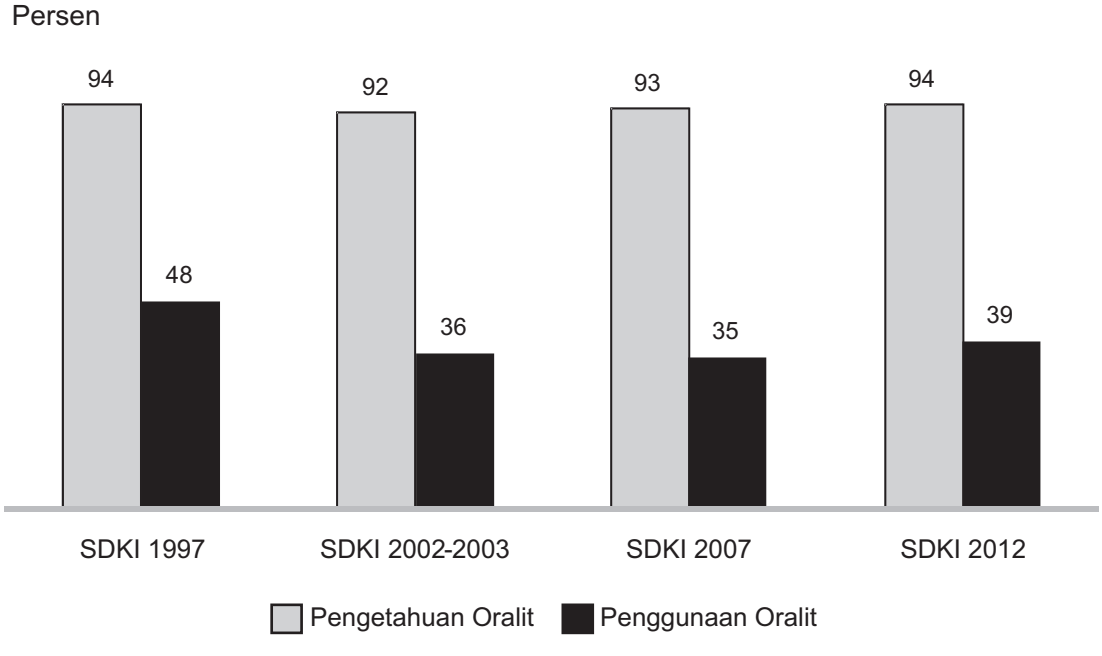
Tabel 10.7 Pengetahuan tentang paket Oralit

Persentase ibu yang melahirkan dalam lima tahun sebelum survei yang mengetahui tentang paket Oralit untuk pengobatan diare menurut karakteristik latar belakang, Indonesia, 2012

Karakteristik latar belakang	Persentase ibu yang mengetahui tentang paket Oralit	Jumlah ibu
Umur		
15-19	83,7	478
20-24	90,8	2.877
25-34	94,7	7.626
35-49	95,7	3.804
Daerah tempat tinggal		
Perkotaan	96,7	7.359
Perdesaan	91,0	7.427
Pendidikan ibu		
Tidak sekolah	60,2	275
Tidak tamat SD	84,7	1.243
Tamat SD	92,7	3.517
Tidak tamat SMTA	94,5	3.965
Tamat SMTA	97,2	4.021
Perguruan Tinggi[1]	98,4	1.765
Kuintil kekayaan		
Terbawah	85,5	3.038
Menengah bawah	93,5	2.881
Menengah	96,7	2.939
Menengah atas	96,3	3.105
Teratas	97,5	2.822
Jumlah	93,8	14.786

Catatan: Oralit = garam rehidrasi oral
[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Gambar 10.4 Tren Pengetahuan dan Penggunaan Paket Oralit untuk Pengobatan Diare Anak, 1997-2012



Catatan: SDKI 20022003 kecuali provinsi Aceh, Maluku, dan Papua

Lampiran Tabel A-10.5 menunjukan pengetahuan ibu tentang paket Oralit atau cairan rehidrasi menurut provinsi.

Pengobatan Diare

Pada SDKI 2012, ibu dari anak yang menderita diare ditanyakan mengenai apa yang dilakukan untuk mengobati penyakit tersebut. Tabel 10.8 menunjukkan persentase anak yang menderita diare yang menerima pengobatan tertentu menurut karakteristik latar belakang.

Data pada tabel 10.8 menunjukkan bahwa 65 persen anak balita yang diare dalam dua minggu sebelum survei dibawa ke fasilitas atau tenaga kesehatan. Kondisi ini meningkat 14 persen dibandingkan dengan SDKI 2007. Pengobatan diare beragam menurut umur anak. Bayi di bawah umur enam bulan cenderung tidak dibawa ke fasilitas atau tenaga kesehatan dibanding kelompok umur lebih tua. Anak pria sedikit lebih banyak yang dibawa ke fasilitas atau tenaga kesehatan dibanding anak perempuan. Tidak tampak adanya pola yang jelas antara perilaku mencari pengobatan/tindakan kesehatan dengan pendidikan ibu dan kuintil kekayaan.

Walaupun lebih dari sembilan dalam sepuluh ibu ibu mengetahui tentang paket Oralit (Tabel 10.7), namun hanya 39 persen anak yang menderita diare diberi Oralit (atau cairan rehidrasi). Persentase ini lebih tinggi dibandingkan dengan temuan SDKI 2007 (35 persen) (BPS dkk, 2008). Tujuh belas persen diberi Larutan Gula Garam dan 40 persen anak yang diare diberi cairan lebih banyak. Sejumlah 66 persen diberi pengobatan rehidrasi oral (Oralit, LGG) atau cairan yang lebih banyak. Selain pengobatan rehidrasi oral, 13 persen anak yang diare diberi antibiotik, sementara 45 persen diberikan obat tradisional atau lainnya. Lima belas persen anak yang menderita diare tidak mendapatkan pengobatan sama sekali.

Tabel Lampiran A-10.6 menyajikan persentase anak yang menderita diare yang menerima pengobatan tertentu menurut provinsi.

Tabel 10.8 Pengobatan Diare

Diantara anak umur dibawah lima tahun yang menderita diare selama dua minggu sebelum survei yang berobat ke fasilitas kesehatan atau petugas kesehatan, persentase yang mendapat paket Oralit, persentase mendapat cairan lebih, dan persentase di beri pengobatan lain menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

		Pengobatan rehidrasi oral k					Pengobatan lainnya							
Karakteristik latar belakang	Persentase yang dibawa ke fasilitas atau petugas kesehatan [1]	Paket garam rehidrasi oral (Oralit)	Larutan gula garam (LGG) yang dibuat sendiri	Oralit atau LGG	Minum lebih banyak	Oralit, LGG, atau minum lebih banyak	Obat Anti-biotik	Anti-motility drugs	Supple-ments Zinc	Cairan infus	Obat tradisional/ lainnya	Tidak terjawab	Tanpa pengobatan	Jumlah anak yang diare
Umur anak (bulan)														
<6	47,3	15,9	2,6	18,5	30,8	45,1	4,6	0,0	0,0	0,0	32,1	0,0	36,6	190
6-11	67,0	36,7	12,5	42,7	32,7	58,0	16,1	2,2	0,9	0,0	36,9	0,3	19,0	356
12-23	69,6	39,7	19,1	49,0	44,1	70,9	14,1	0,9	1,0	0,5	48,1	0,7	12,0	713
24-35	65,8	43,8	19,4	52,7	39,6	70,8	9,9	0,7	1,9	0,0	47,7	0,1	11,0	515
36-47	64,8	45,1	20,4	51,6	47,9	73,1	12,5	0,3	1,4	0,0	50,3	0,3	11,8	309
48-59	57,9	38,3	22,9	49,9	37,6	62,6	13,8	1,4	0,3	0,0	41,6	0,8	12,8	256
Jenis kelamin														
Pria	66,3	42,3	18,3	50,5	40,2	68,6	11,8	0,6	1,2	0,3	45,1	0,5	14,3	1.300
Perempuan	62,5	34,4	16,3	42,3	40,0	63,2	13,4	1,4	0,8	0,0	43,9	0,3	15,7	1.040
Jenis diare														
Tanpa darah	63,5	35,6	18,7	45,8	52,3	73,4	10,5	0,9	3,1	0,0	42,8	0,3	10,5	486
Ada darah	83,2	61,6	21,2	63,6	45,9	78,4	19,7	0,0	0,0	0,0	28,7	0,0	16,5	20
Tidak terjawab	68,9	52,8	13,6	58,7	14,6	67,3	27,4	0,0	3,1	0,0	42,2	11,5	1,6	30
Daerah tempat tinggal														
Perkotaan	63,2	40,8	15,9	47,8	43,8	67,8	13,5	1,0	1,5	0,0	46,4	0,3	14,1	1.078
Perdesaan	65,8	37,1	18,7	46,0	36,9	64,9	11,6	0,9	0,6	0,3	43,0	0,5	15,6	1.263
Pendidikan ibu														
Tidak sekolah	54,6	28,2	14,3	39,0	21,1	49,4	11,6	0,0	1,7	0,0	23,6	0,0	26,1	40
SD tidak tamat	65,0	40,9	19,7	47,6	39,1	63,7	11,8	2,8	0,3	0,0	44,5	0,1	15,4	239
SD tamat	66,9	38,7	19,0	47,1	36,6	67,6	13,8	0,9	0,5	0,0	42,9	0,0	13,6	538
Tidak tamat SMTA	66,6	40,1	18,8	50,7	38,0	67,0	10,6	0,9	0,9	0,6	46,4	1,0	14,1	676
Tamat SMTA	64,0	37,6	16,7	44,6	45,9	66,6	13,3	0,7	2,0	0,0	44,3	0,3	16,6	627
Perguruan Tinggi [2]	56,4	37,9	9,3	41,2	42,8	65,5	13,6	0,3	1,0	0,0	47,4	0,2	13,3	221
Kuintil kekayaan														
Terbawah	62,8	39,3	21,6	49,2	31,4	63,7	11,1	0,9	0,8	0,0	38,6	0,3	15,9	598
Menengah bawah	65,9	38,7	16,7	45,2	41,6	66,7	14,0	1,1	2,3	0,8	42,7	0,7	14,7	491
Menengah	67,3	39,9	18,5	49,4	45,2	70,6	9,4	1,1	0,7	0,0	53,0	0,4	10,7	479
Menengah atas	65,0	40,2	12,4	46,7	43,8	67,6	13,6	1,3	0,6	0,0	38,5	0,3	18,0	447
Teratas	61,5	34,3	16,2	41,2	41,1	61,8	15,7	0,0	0,9	0,0	54,1	0,4	15,4	325
Jumlah	64,6	38,8	17,4	46,8	40,1	66,2	12,5	1,0	1,1	0,2	44,6	0,4	14,9	2.341

Catatan: Pengobatan rehidrasi oral termasuk larutan yang dibuat dari paket Oralit, larutan gula garam (LGG).
[1] Tidak termasuk apotek, took obat, dan pengobat tradisional
[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Kebiasaan Pemberian Makanan Selama Diare

Para ibu dianjurkan untuk memberi makanan dengan jumlah yang sama seperti biasa dan menambah jumlah cairan pada anak yang menderita diare. Secara khusus, konsumsi tambahan cairan adalah penting untuk mencegah dehidrasi.Tabel 10.9 menyajikan hasil pemberian makanan kepada anak selama diare. Tabel 10.9 menunjukkan hanya 40 persen anak diare yang diberi lebih banyak cairan daripada biasanya, sementara 43 persen diberi minuman dengan jumlah yang sama seperti biasanya. Tujuh belas anak yang diare diberikan sedikit cairan atau tidak diberikan sama sekali. Hanya 10 persen anak mendapatkan makanan lebih banyak dari biasanya selama mereka diare, 39 persen mendapatkan makanan dengan jumlah yang sama seperti biasa, dan 46 persen diberi makanan lebih sedikit atau tidak diberi makan sama sekali.

Tabel 10.9 menunjukkan kebiasaan pemberian makanan selama diare menurut karakteristik latar belakang. Enam puluh satu persen anak yang diare tetap diberi makanan dan diberi pengobatan rehidrasi oral dan/atau diberi cairan lebih banyak selama episode diare, sementara 37 persen anak diare diberi cairan lebih banyak dan makanan secara kontinyu. Persentase anak yang tetap diberi makan dan diberi pengobatan rehidrasi oral dengan benar dan/atau diberi cairan lebih banyak, tampak lebih rendah pada anak di bawah umur enam bulan. Anak perempuan dan dan yang tinggal di perdesaan yang diare cenderung lebih sedikit diberikan makanan dan pengobatan oral rehidrasi dibandingkan anak pria dan yang tinggal di perkotaan. Tidak ada hubungan yang jelas antara tingkat pendidikan ibu dan kuintil kekayaan rumah tangga dan kebiasaan pemberian makanan yang tepat selama diare. Tabel lampiran A-10.7 tentang kebiasaan pemberian makan selama diare menurut provinsi.

Tabel 10.9 Kebiasaan pemberian makanan selama diare

Distribusi persentase balita yang diare dalam dua minggu terakhir sebelum survei menurut jumlah makanan dan minuman dibanding dengan kebiasaan normal, persentase yang diberi minuman lebih banyak dan melanjutkan diberi makanan selama diare, dan persentase yang melanjutkan diberi makanan dan diberi Oralit dan/atau minuman lebih banyak selama diare menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Jumlah minuman ya ng diberikan							Jumlah makanan yang diberikan								Persentase yang diberi minum lebih banyak dan makanan dilanjutkan [1]	Persentase yang makan dilanjutkan dan diberi Oralit dan atau minum lebih banyak [1]	Jumlah balita yang diare
	Lebih banyak	Sama seperti biasa	Kurang	Sangat kurang	Tidak ada	Tidak tahu/ tidak terja-wab	Jumlah	Lebih banyak	Sama seperti biasa	Kurang	Sangat kurang	Tidak ada	Tidak diberi makan	Tidak tahu/ tidak terja-wab	Jumlah			
Umur anak (bulan)																		
<6	30,8	58,1	7,0	0,5	3,6	0,0	100,0	6,8	24,7	9,2	0,7	8,4	50,2	0,0	100,0	11,5	20,6	190
6-11	32,7	49,8	16,8	0,2	0,3	0,2	100,0	9,3	45,5	37,3	1,3	2,9	3,9	0,0	100,0	31,3	53,1	356
12-23	44,1	40,8	11,5	0,6	2,0	1,1	100,0	9,1	37,5	47,7	3,1	1,3	0,4	0,8	100,0	41,9	67,1	713
24-35	39,6	38,1	19,7	0,8	1,7	0,2	100,0	10,2	42,4	43,6	3,3	0,2	0,2	0,2	100,0	39,0	67,2	515
36-47	47,9	34,4	15,1	0,4	2,1	0,0	100,0	11,7	36,6	44,0	7,3	0,1	0,0	0,3	100,0	45,7	70,7	309
48-59	37,6	43,8	12,5	2,6	3,1	0,4	100,0	9,3	40,7	46,8	1,5	0,0	0,4	1,3	100,0	36,9	61,2	256
Jenis kelamin																		
Pria	40,2	43,4	13,4	0,7	1,9	0,5	100,0	9,0	40,2	42,0	3,5	1,7	2,9	0,8	100,0	37,9	63,9	1.300
Perempuan	40,0	41,3	15,5	0,9	2,0	0,3	100,0	10,2	37,4	40,9	2,5	1,5	7,3	0,1	100,0	36,2	57,5	1.040
Jenis diare																		
Tanpa darah	52,3	26,4	19,5	0,2	1,6	0,0	100,0	9,7	33,9	42,7	2,3	0,7	10,5	0,2	100,0	44,8	63,7	486
Ada darah	(45,9)	(20,5)	(30,4)	(3,2)	(0,0)	(0,0)	100,0	(6,9)	(24,2)	(60,3)	(2,5)	(6,1)	(0,0)	(0,0)	100,0	(37,3)	(69,8)	20
Daerah tempat tinggal																		
Perkotaan	43,8	41,3	12,1	0,3	2,2	0,3	100,0	10,5	41,5	38,8	2,5	1,0	5,6	0,1	100,0	40,8	63,2	1.078
Pedesaan	36,9	43,5	16,2	1,1	1,7	0,5	100,0	8,7	36,8	43,8	3,5	2,1	4,3	0,8	100,0	34,0	59,2	1.263
Pendidikan ibu																		
Tidak sekolah	21,1	41,2	31,2	0,0	6,5	0,0	100,0	2,5	37,0	50,8	1,6	2,2	6,0	0,0	100,0	19,0	45,6	40
SD tidak tamat	39,1	39,9	17,2	0,4	3,0	0,3	100,0	7,2	37,2	48,8	2,9	0,6	3,0	0,3	100,0	38,5	61,6	239
SD tamat	36,6	43,4	18,7	0,3	0,8	0,1	100,0	6,1	35,2	47,9	3,9	1,3	4,8	0,7	100,0	33,6	61,1	538
Tidak tamat SMTA	38,0	44,0	13,2	1,6	2,4	0,8	100,0	9,0	38,5	44,2	2,4	1,4	3,8	0,8	100,0	35,6	62,4	676
Tamat SMTA	45,9	41,5	9,8	0,3	2,3	0,2	100,0	12,7	41,3	34,2	2,2	2,8	6,5	0,1	100,0	42,1	60,7	627
Perguruan Tinggi [2]	42,8	41,3	13,7	0,9	0,4	0,8	100,0	14,0	45,1	28,6	6,0	0,4	5,7	0,2	100,0	38,2	59,8	221
Kuintil kekayaan																		
Terbawah	31,4	44,5	20,7	0,3	2,7	0,3	100,0	9,9	35,8	45,1	2,6	2,7	3,5	0,4	100,0	29,5	59,6	598
Menengah bawah	41,6	43,3	12,8	0,7	0,9	0,7	100,0	8,1	37,9	43,5	2,2	0,6	6,8	0,9	100,0	38,3	62,1	491
Menengah	45,2	42,3	9,5	0,4	2,3	0,3	100,0	8,4	39,2	43,2	2,9	0,9	4,6	0,7	100,0	40,2	63,6	479
Menengah atas	43,8	40,2	11,7	1,9	1,8	0,6	100,0	10,8	37,5	40,0	2,5	2,8	6,4	0,0	100,0	41,0	62,3	447
Teratas	41,1	41,0	15,6	0,5	1,7	0,2	100,0	10,8	48,2	31,2	6,1	0,4	2,8	0,4	100,0	39,7	56,6	325
Jumlah	40,1	42,5	14,3	0,7	1,9	0,4	100,0	9,5	39,0	41,5	3,1	1,6	4,9	0,5	100,0	37,1	61,0	2.341

Catatan: Rekomendasi anak diare untuk diberikan cairan yang lebih banyak dan makanan yang tidak dikurangi. Jumlah termasuk 30 anak dengan informasi yang hilang *(missing information)* tentang jenis diare.

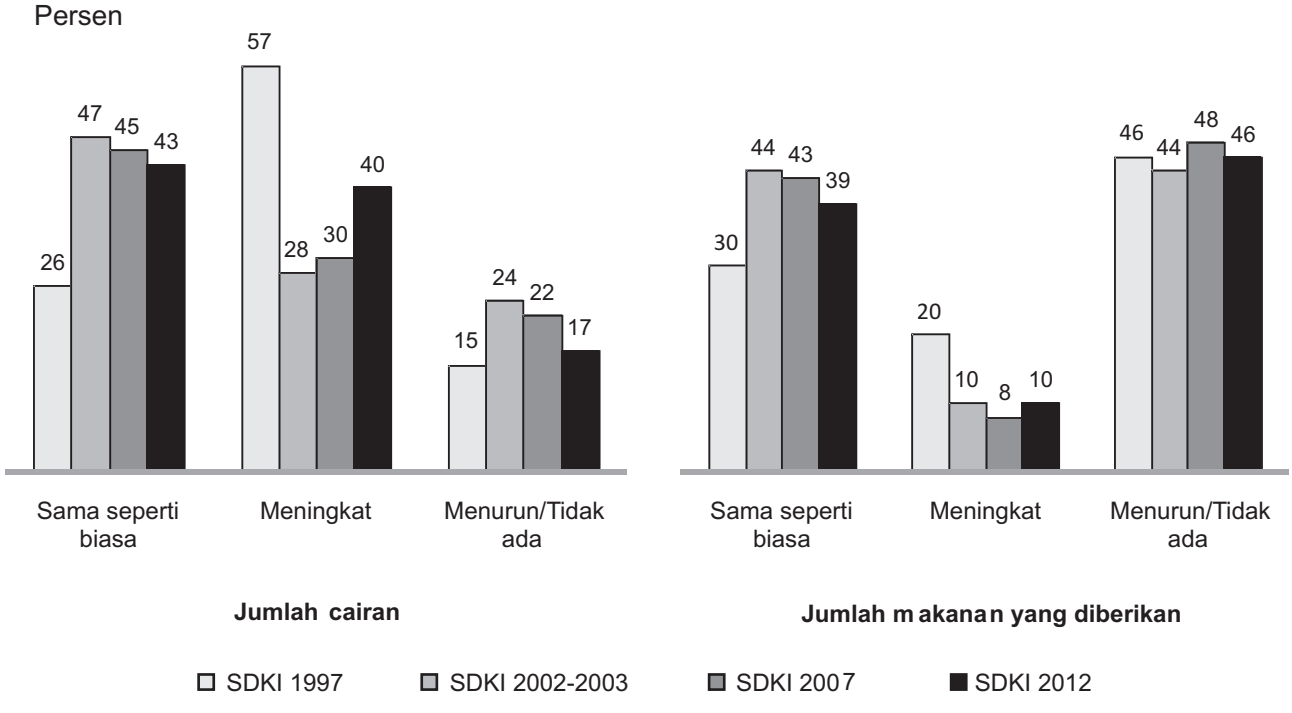
Tanda kurung menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang (*unweighted)*.

[1] Melanjutkan kebiasaan makan termasuk balita yang diberi makan lebih, sama seperti biasanya, atau sedikit kurang selama diare.

[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Gambar 10.5 menunjukkan proposi anak yang diare di Indonesia yang diberi cairan menurut rekomendasi cenderung menurun sejak SDKI 1997. Pemberian makanan hanya sedikit berubah selama SDKI 2002-2003. (BPS dan ORC Macro,2008).

Gambar 10.5 Tren Pemberian Makanan selama diare, SDKI 1997, SDKI 2002-2003, SDKI2007, dan SDKI 2012



Catatan: SDKI 20022003 kecuali provinsi Aceh, Maluku, dan Papua.

Lampiran Tabel A-10.7 menyajikan persentase pemberian makanan selama diare menurut provinsi.

10.4 PEMBUANGAN TINJA ANAK

Pembuangan tinja anak dengan benar sangat penting dalam mencegah penyebaran penyakit. Jika tinja dibuang di tempat tidak tertutup, penyakit dapat menyebar melalui kontak langsung atau melewati kontak hewan.

Tabel 10.10 menyajikan informasi tentang pembuangan tinja anak, menurut karakteristik latar belakang. Data menjunjukan 65 persen anak balita yang tinjanya dibuang dengan cara yang aman (seperti, anak menggunakan kakus, membuang tinja di kakus, tinja dikubur, atau memakai popok sekali pakai atau yang dicuci lagi). Ibu melaporkan bahwa satu dari tiga balita selalu menggunakan kakus, tiga dari sepuluh membuang tinja di kakus, dan satu dari empat balita membuang tinja kedalam kakus, dan 5 persen mengubur tinja di halaman. Enam persen ibu membuang tinja anak mereka di luar rumah, 8 persen disiram, dan 1 persen dibuang di tempat terbuka.

Persentase pembuangan tinja anak yang aman meningkat menurut umur. Akses ke fasilitas toilet pribadi menjmin pembuangan tinja anak aman (74-75 persen). Tampak pembuangan tinja menurun pada anak yang tinggal dalam rumah tangga dengan toilet bersama atau fasilitas toilet yang tidak bagus (*non-improved toilet facility*).

Pembuangan tinja anak yang aman lebih banyak di wilayah perkotaan dibandingkan wilayah perdesaan (masing-masing 69 dan 60 persen). Pembuangan tinja anak bervariasi menurut tingkat

pendidikan ibu dan status sosial ekonomi. Anak yang ibunya berpendidikan Tamat SMA lebih banyak yang membuang tinja anak secara aman (72 persen) daripada ibu yang tidak berpendidikan (36 persen). Kondisi yang sama, ibu pada kuintil kekayaan teratas lebih banyak yang membuang tinja anak secara aman (74-76 persen) daripada ibu dengan kuintil kekayaan terbawah (43 persen).

Dengan membandingkan hasil SDKI 2007 (BPS dkk,2008) tampak secara umum persentase anak yang menggunakan kakus yang pembuangannya lebih aman meningkat dari 62 persen pada 2007 menjadi 65 persen pada 2012. Namun, pada saat yang sama, proporsi anak yang selalu menggunakan toilet/kakus meningkat dari 25 persen pada 2007 menjadi 35 persen dalam 2012. Pada saat yang sama pula ibu yang melapor bahwa membuang tinja anaknya ke toilet/kakus tampak sedikit menurun menjadi 26 persen dari 29 persen menurut SDKI 2007 (BPS dan ORC Macro, 2008).

Lampiran Tabel A-10.9 memperlihatkan variasi pembuangan tinja anak menurut provinsi.

Tabel 10.10 Pembuangan tinja anak

Distribusi persentase ibu yang tinggal bersama balita termuda menurut cara pembuangan tinja a nak,dan persentase anak dengan jenis falilitas kakus di rumah tangga menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Penanganan pembuangan tinja anak											Persentase pembuangan tinja balita yang aman[1]	Jumlah ibu
	Selalu menggunakan kakus	Dibuang di kakus	Dikubur di halaman	Dibuang di luar rumah	Disiram	Popok sekali pakai	Popok bisa dicuci	Tidak diapa-apakan	Lainnya	Tidak terjawab	Jumlah		
Umur anak (bulan)													
<6	3,2	26,2	3,0	8,5	22,5	7,2	13,8	0,6	14,6	0,3	100,0	32,4	1.593
6-11	7,3	33,6	5,1	10,7	14,8	8,0	5,4	0,8	13,7	0,6	100,0	46,0	1.806
12-23	18,9	33,1	5,2	9,8	7,4	5,3	2,6	1,8	15,6	0,3	100,0	57,2	3.193
24-35	43,1	25,8	5,4	3,9	4,0	2,0	0,9	1,2	13,2	0,4	100,0	74,3	2.831
36-47	58,9	17,7	4,4	1,1	2,5	0,3	0,1	1,5	12,8	0,7	100,0	81,0	2.559
48-59	61,5	17,3	3,5	0,5	2,0	0,1	0,1	1,3	12,7	1,1	100,0	82,2	2.331
Fasilitas kakus[2]													
Sendiri - dengan tangki septik	43,0	30,3	2,1	6,3	7,0	4,5	2,8	0,3	3,2	0,6	100,0	75,3	8.686
Sendiri - tanpa tangki septik	38,8	32,3	2,8	5,5	7,0	2,0	1,9	0,5	8,6	0,5	100,0	74,0	1.139
Kakus bersama	31,5	23,6	7,3	5,1	9,0	2,6	3,1	1,1	16,5	0,3	100,0	62,4	1.269
Kakus cemplung	18,4	30,1	10,9	3,5	9,0	1,5	4,8	5,1	16,3	0,5	100,0	59,4	738
Halaman/ hutan	4,5	2,9	24,0	6,2	7,5	1,7	4,4	11,9	36,4	0,6	100,0	31,3	472
Sungai/ kolam/danau	10,4	6,8	8,3	2,8	9,3	1,6	3,7	2,6	53,6	0,9	100,0	25,5	1.698
Lainnya	11,9	6,4	4,1	4,4	7,2	2,0	1,2	1,0	62,0	0,1	100,0	22,3	306
Daerah tempat tinggal													
Perkotaan	40,4	27,2	1,6	7,0	7,5	4,4	2,3	0,3	8,6	0,8	100,0	69,2	7.112
Perdesaan	28,8	24,1	7,5	4,1	7,7	2,5	3,7	2,3	18,9	0,4	100,0	60,3	7.202
Pendidikan ibu													
Tidak sekolah	11,9	13,3	10,7	7,1	5,0	1,5	4,1	9,2	35,8	1,4	100,0	35,9	261
Tidak tamat SD	23,7	20,9	9,1	3,5	7,9	1,8	3,8	3,0	26,0	0,2	100,0	53,7	1.180
Tamat SD	31,4	23,0	6,2	3,0	7,8	1,3	3,1	1,9	21,5	0,7	100,0	60,7	3.405
Tidak tamat SMTA	35,1	26,5	4,6	4,4	8,0	2,2	3,1	1,1	14,5	0,5	100,0	66,2	3.849
Tamat SMTA	40,4	28,7	3,0	6,9	7,1	4,6	2,6	0,5	5,5	0,7	100,0	72,1	3.894
Perguruan Tinggi[1]	37,3	26,8	0,7	11,3	7,4	9,5	2,7	0,2	3,9	0,3	100,0	64,8	1.725
Kuintil kekayaan													
Terbawah	17,4	14,2	11,5	3,5	9,0	1,6	4,5	4,8	32,9	0,6	100,0	43,1	2.940
Menengah bawah	28,4	24,4	5,6	4,7	8,9	2,6	3,4	1,0	20,8	0,3	100,0	58,4	2.817
Menengah	37,6	31,3	3,1	4,3	7,2	3,3	2,5	0,4	9,1	1,1	100,0	71,9	2.837
Menengah atas	45,4	29,9	1,2	6,1	6,8	4,0	2,3	0,2	3,6	0,5	100,0	76,4	3.007
Teratas	44,4	28,6	1,2	9,3	5,9	5,8	2,2	0,0	2,1	0,4	100,0	74,3	2.714
Jumlah	34,6	25,6	4,6	5,6	7,6	3,5	3,0	1,3	13,8	0,6	100,0	64,7	14.314

Catatan: Jumlah termasuk enam rumah tangga dengan informasi yang hilang *(missing information)* tentang fasilitas sanitasi

[1] Tinja anak perlu dibuang dengan aman jika anak menggunakan toilet atau kakus/jamban, jika kotoran dimasukkan /dibilas ke toilet atau kakus, atau dikubur di halaman

[2] Lihat Tabel 2.2 untuk batasan katagorinya

[3] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

PEMBERIAN MAKANAN PADA ANAK 11

Temuan Utama:

- Pemberian awal Air Susu Ibu (ASI) sudah umum di Indonesia: 96 persen anak dibawah umur 2 tahun pernah diberi ASI.
- Empat puluh dua persen anak berumur di bawah 6 bulan mendapat ASI eksklusif
- Pemberian makanan formula bagi anak umur berapapun sangat umum di Indonesia. Secara keseluruhan, 9 dari 10 anak umur 6-8 bulan mendapat makanan padat dan semi padat.
- Secara keseluruhan, hanya sekitar 37 persen anak umur 6-23 bulan mendapatkan makanan seperti yang dianjurkan dalam praktik pemberian makanan pada bayi dan anak (PPMBA) sesuai yang direkomendasikan.
- Konsumsi makanan yang kaya Vitamin A meningkat dari 52 persen diantara anak berumur 6-8 bulan menjadi 94 persen diantara anak berumur 18-23 tahun.
- Enam puluh delapan persen anak umur 6-35 bulan mengkonsumsi makanan kaya akan zat besi dalam 24 jam sebelum wawancara dilakukan.
- Dua puluh tiga persen wanita yang melahirkan 5 tahun sebelum survei tidak menerima suplemen zat besi selama kehamilan pada persalinan anak terakhir, dan hanya satu dari tiga wanita yang menerimanya sesuai dengan rekomendasi 90 hari atau lebih.

Bab ini membahas temuan SDKI 2012 terkait dengan status gizi anak dan wanita di Indonesia. Isu khusus yang dibahas adalah praktik pemberian makanan pada bayi dan anak, termasuk menyusui dan pemberian makanan padat/semi padat; lama dan frekuensi pemberian makanan; dan asupan zat gizi mikro pada anak dan ibu.

Praktik pemberian makanan yang benar penting untuk kelangsungan hidup, pertumbuhan, perkembangan dan kesehatan bayi dan anak balita. Keadaan gizi ibu yang baik sebelum dan selama kehamilan akan mempengaruhi kesehatan anak di kemudian hari. Status gizi ibu juga mempengaruhi kemampuan ibu saat kehamilan dan melahirkan, dan keberhasilan dalam menyusui bayinya. Manfaat menyusui untuk kesehatan ibu dan anak tidak perlu diperdebatkan lagi dan manfaat tersebut dipengaruhi oleh baik lamanya maupun intensitas menyusui. Umur bayi saat mendapat cairan dan makanan pendamping mempengaruhi status gizi mereka.

Dalam rangka menurunkan angka kesakitan dan kematian anak,*United Nation Childrens Fund* (UNICEF) dan *World Health Organization* (WHO) merekomendasikan sebaiknya anak disusui hanya air susu ibu (ASI) selama paling sedikit enam bulan. Makanan padat seharusnya diberikan sesudah anak berumur 6 bulan, dan pemberian ASI dilanjutkan sampai anak berumur dua tahun (WHO 2005). Pada tahun 2003, pemerintah Indonesia mengubah rekomendasi lamanya pemberian ASI eksklusif dari 4 bulan menjadi 6 bulan (Departemen Kesehatan, 2002a).

11.1 PEMBERIAN AWAL AIR SUSU IBU

Pemberian air susu ibu sedini mungkin sangat dianjurkan karena beberapa alasan. Keuntungan ibu dari isapan pertama karena menstimulasi produksi air susu ibu dan membantu keluarnya *oxytocyn* yang membantu kontraksi uterus dan mengurangi kehilangan darah masa nifas. ASI yang keluar pertama

mengandung *colostrum* yang sangat bergizi dan memiliki antibodi yang dapat melindungi bayi baru lahir dari penyakit. Menyusui seawal mungkin juga memupuk ikatan antara ibu dan anak. Manfaat jangka panjang, ibu menyusui cenderung memperpanjang jarak kelahiran, karena efek supresi yang dimiliki ketika menyusui terhadap kembalinya haid setelah melahirkan. Selang kelahiran lebih panjang memberi kesempatan kepada tubuh ibu pulih dari kekurangan fisik yang berhubungan dengan kehamilan. Efek menyusui terhadap kembalinya kesuburan berhubungan dengan lama dan intensitas menyusui (Departemen Kesehatan, 2002b).

Semua anak yang lahir bulan Januari 2007 atau setelahnya, kepada ibunya ditanyakan apakah mereka pernah menyusui anaknya. Jika anak disusui, ibu ditanya berapa lama setelah anak lahir, pertama kali anak mendapat ASI dan jika anak mendapat cairan lain selain susu dalam tiga hari pertama sesudah anak dilahirkan. Tabel 11.1 menggunakan informasi ini untuk dapat melihat praktik pemberian ASI.

Tabel 11.1 Pemberian ASI Awal

Diantara anak lahir terakhir yang lahir dalam dua tahun sebelum survei, persentase yang pernah diberi ASI dan persentase yang mulai diberi ASI dalam 1 jam dan dalam 1 hari setelah lahir, dan di antara anak terakhir yang lahir dalam dua tahun sebelum survei yang pernah diberi ASI, persentase yang menerima makanan pralaktasi, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Anak terakhir yang lahir dalam dua tahun sebelum survei				Anak terakhir yang lahir dalam dua tahun sebelum survei yang pernah diberi ASI	
Karakteristik latar belakang	Persentase pernah diberi ASI	Persentase yang mulai diberi ASI dalam 1 jam setelah lahir	Persentase yang mulai diberi ASI dalam 1 hari setelah lahir[1]	Jumlah anak yang lahir terakhir	Persentase yang menerima makanan pralaktasi[2]	Jumlah anak yang lahir terakhir pernah diberi ASI
Jenis Kelamin						
Pria	95,7	48,9	65,7	3.504	60,9	3.355
Perempuan	95,8	49,7	66,8	3.327	59,7	3.189
Penolong Persalinan						
Tenaga Kesehatan Profesional[3]	95,8	48,6	65,5	5.887	62,3	5.637
Penolong Persalinan Tradisional	97,4	52,1	70,0	757	52,2	737
Lainnya	96,5	64,7	81,9	161	28,1	156
Tidak seorangpun	*	*	*	14	*	14
Tempat Melahirkan						
Fasilitas Kesehatan	95,7	49,3	66,2	4.710	61,9	4.507
Di Rumah	96,5	49,5	66,7	2.094	56,7	2.022
Lainnya	*	*	*	14	*	14
Daerah Tempat Tinggal						
Perkotaan	95,3	48,6	65,7	3.361	63,0	3.202
Perdesaan	96,3	50,0	66,8	3.470	57,7	3.341
Pendidikan Ibu						
Tidak Sekolah	96,4	65,3	80,0	134	26,3	129
Belum Tamat SD	93,8	50,4	64,2	498	54,0	467
Tamat SD	97,0	55,2	71,1	1.519	56,0	1.473
Tidak Tamat SMTA	96,1	47,3	65,8	1.886	59,6	1.812
Tamat SMTA	95,0	46,9	64,1	1.899	64,2	1.804
Perguruan Tinggi[4]	96,0	45,8	62,9	894	69,5	858
Kuintil kekayaan						
Terbawah	96,5	52,6	68,5	1.410	49,2	1.361
Menengah Bawah	96,4	49,3	66,4	1.436	59,2	1.385
Menengah	95,6	47,2	67,3	1.333	61,3	1.274
Menengah Atas	96,2	48,8	65,1	1.370	63,6	1.318
Teratas	94,1	48,5	63,9	1.282	69,4	1.206
Jumlah	95,8	49,3	66,3	6.830	60,3	6.543

Catatan: Tabel berdasarkan pada kelahiran anak terakhir dalam 2 tahun sebelum survei baik anak masih hidup maupun meninggal saat wawancara. Jumlah termasuk informasi yang hilang *(missing information)* tentang penolong persalinan dan tempat persalinan yang hasilnya tidak disajikan terpisah.

Tanda bintang (*) menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada kurang dari 25 kasus tidak tertimbang (*unweighted)* dan tidak disajikan (ditampilkan).

[1] Termasuk anak yang mulai diberi ASI dalam satu jam setelah dilahirkan.

[2] Anak diberikan sesuatu selain ASI selama tiga hari pertama kehidupan

[3] Dokter, perawat, bidan, atau bidan di desa

[4] Perguruan tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel tersebut menunjukkan bahwa pemberian ASI sudah sangat lazim di Indonesia; 94 persen atau lebih anak yang lahir dalam dua tahun terakhir sebelum survei pada semua karakteristik latar belakang pernah mendapat ASI setiap saat. Hampir separo anak (49 persen) disusui dalam satu jam setelah kelahiran, dan sekitar dua dari tiga (66 persen) disusui dalam satu hari setelah kelahiran. Persentase anak yang disusui dalam satu jam dan dalam satu hari setelah kelahiran menurun menurut pendidikan ibu, walaupun polanya tidak seragam. Anak yang dilahirkan dari ibu yang pada saat kelahiran ditolong oleh tenaga kesehatan profesional, cenderung lebih sedikit disusui dalam satu jam atau satu hari setelah kelahiran dibanding anak yang pada saat kelahiran ditolong oleh penolong persalinan tradisional atau lainnya.

Tabel 11.1. juga menunjukkan 60 persen anak yang dilahirkan dalam dua tahun sebelum survei mendapat makanan pralaktasi selain ASI pada tiga hari pertama kehidupan. Makanan pralaktasi lebih banyak diterima anak yang tinggal di perkotaan, yang pada saat kelahiran ditolong tenaga kesehatan profesional, lahir di fasilitas kesehatan, ibunya berpendidikan tamat SMTA keatas, dan dengan kuintil kekayaan teratas dibanding anak yang lain.

Tabel Lampiran A-11.1 menunjukkan perbedaan pemberian awal ASI menurut provinsi.

11.2 POLA DALAM PEMBERIAN ASI MENURUT UMUR

UNICEF dan WHO merekomendasikan pemberian ASI eksklusif sampaibayi berumur enam bulan. Setelah itu anak harus diberi makanan padat dan semi padat sebagai makanan tambahan selain ASI. ASI eksklusif dianjurkan pada beberapa bulan pertama kehidupan karena ASI tidak terkontaminasi dan mengandung banyak gizi yang diperlukan anak pada umur tersebut. Pengenalan dini makanan yang rendah energi dan gizi atau yang disiapkan dalam kondisi tidak higienis dapat menyebabkan anak mengalami kurang gizi dan terinfeksi organisme asing, sehingga mempunyai daya tahan tubuh yang rendah terhadap penyakit di antara anak-anak (Kementerian Kesehatan, 2002a).

Informasi tentang menyusui dan makanan tambahan tersedia didalam SDKI 2012 dimana dikumpulkan dari informasi anak termuda yang masih hidup yang tinggal bersama ibunya dalam dua tahun sebelum survei. Untuk mendapatkan informasi ini, ibu ditanyakan pertanyaan mengenai jenis makanan yang telah dikonsumsi sehari sebelum survei oleh anaknya yang paling muda.[1] Data tentang makanan ini mempunyai keterbatasan. Pertama terdapat kecenderungan bahwa ibu tidak dapat mengingat semua makanan yang diberikan kepada anak. Ibu mungkin saja tidak tahu tentang segala sesuatu yang dikonsumsi oleh anaknya, jika anaknya dirawat oleh orang lain selama waktu tertentu.

Tabel 11.2 dan Gambar 11.1 menunjukkan persen distribusi anak terkecil di bawah dua tahun tinggal bersama ibunya menurut status menyusui. Hasilnya menunjukkan bahwa sebagian besar anak Indonesia disusui secara terus menerus hingga tahun pertama; lebih dari separo (55 persen) anak berumur 20-23 bulan masih disusui sampai saat survei. Makanan tambahan dan cairan diperkenalkan saat umur awal. Sekitar setengah anak berumur di bawah dua bulan menerima ASI eksklusif.Persentase ASI esklusif menurun terus setelah dua bulan pertama. Lebih dari 7 diantara 10 anak umur 4-5 bulan menerima makanan tambahan (44 persen), air putih (8 persen), susu atau cairan tambahan lainnya (8 persen) sebagai tambahan dari ASI atau sepenuhnya sudah disapih (13 persen).

[1] Pertanyaan mengenai jenis makanan dan cairan yang dikonsumsi anak lebih lengkap di SDKI 2012 dibanding SDKI 2007. Konsekuensinya, harus hati-hati dalam membandingkan indikator berdasarkan informasi makanan tambahan dari dua survei ini. Perbandingan antara dua survei ini juga harus memperhitungkan bahwa data konsumsi yang disajikan dalam laporan SDKI 2007 didasarkan pada umur anak di bawah tiga tahun tinggal dengan ibu, sementara hasil SDKI 2012 untuk anak di bawah umur dua tahun tinggal dengan ibu.

Tabel 11.2 Status Pemberian ASI Menurut Umur

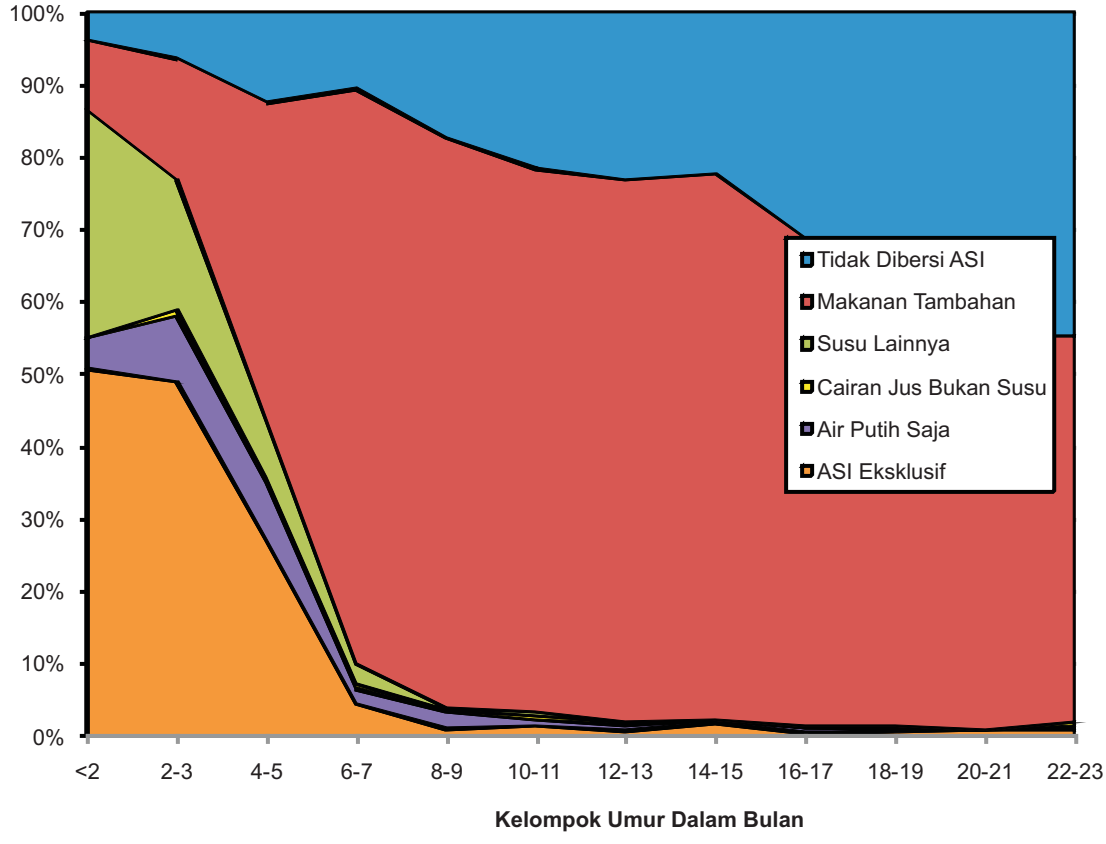
Persen distribusi anak terkecil di bawah umur dua tahun yang tinggal bersama ibunya menurut status pemberian ASI dan persentase pemberian ASI saat ini; dan persentase semua anak di bawah umur dua tahun yang menggunakan botol dengan dot, menurut umur dalam bulan, Indonesia 2012

		Mendapatkan Asi dan mengkonsumsi									
Umur dalam bulan	Tidak diberi ASI	ASI eksklusif	Air putih saja	Cairan/ jus bukan susu[1]	Susu lainnya	Makanan tambahan lainnya	Jumlah	Persentase pembe ASI saat ini	Jumlah anak di bawah 3 tahun tinggal bersama ibunya	Persentase penggunaan botol dengan dot	Jumlah Anak
0-1	3,9	50,8	4,2	0,1	31,5	9,6	100,0	96,1	458	30,3	464
2-3	6,4	48,9	9,0	0,9	18,0	16,7	100,0	93,6	552	27,4	557
4-5	12,5	27,1	7,9	0,8	7,9	43,9	100,0	87,5	583	28,7	593
6-8	12,8	3,4	2,5	0,5	2,1	78,8	100,0	87,2	907	30,1	939
9-11	20,4	1,1	1,0	0,5	0,3	76,8	100,0	79,6	899	41,3	914
12-17	25,4	1,0	0,6	0,2	0,1	72,8	100,0	74,6	1.635	39,6	1.681
18-23	40,3	0,7	0,2	0,3	0,0	58,4	100,0	59,7	1.558	42,8	1.652
0-3	5,3	49,8	6,8	0,5	24,1	13,5	100,0	94,7	1.010	28,7	1.021
0-5	7,9	41,5	7,2	0,6	18,2	24,6	100,0	92,1	1.593	28,7	1.614
6-9	13,8	2,7	2,2	0,4	1,6	79,2	100,0	86,2	1.182	32,4	1.216
12-15	22,8	1,2	0,6	0,2	0,0	75,1	100,0	77,2	1.128	37,5	1.151
12-23	32,7	0,9	0,4	0,2	0,0	65,7	100,0	67,3	3.193	41,2	3.333
20-23	44,7	0,9	0,1	0,3	0,0	53,9	100,0	55,3	1.040	45,5	1.113

Catatan: Status pemberian ASI mengacu pada periode 24 jam terakhir (kemarin dan tadi malam). Anak diklasifikasikan sebagai berikut: diberi ASI dan minum hanya air putih saja, tidak mengkonsumsi suplemen cair maupun padat. Kategori tidak mendapat ASI, ASI eksklusif, ASI da n air putih, cairan/jus bukan susu, susu lainnya, dan makanan tambahan (padat dan semi padat) *adalah hierarchi dan mutually exclusive*, dan total adalah 100 persen. Dengan demikian anak yang menerima ASI dan cairan bukan susu dan yang tidak menerima makanan tambahan diklasifikasikan dalam kategor i cairan bukan susu meskipun mereka mungkin menerima air putih. Setiap anak yang menerima makanan tambahan dimasukkan dalam kategori tersebut sepanjang mereka mendapat ASI.

[1] Cairan bukan susu termasuk didalamnya jus, minuman jus, cairan lainnya.

Gambar 11.1 Praktik Pemberian Makanan Anak Menurut Umur



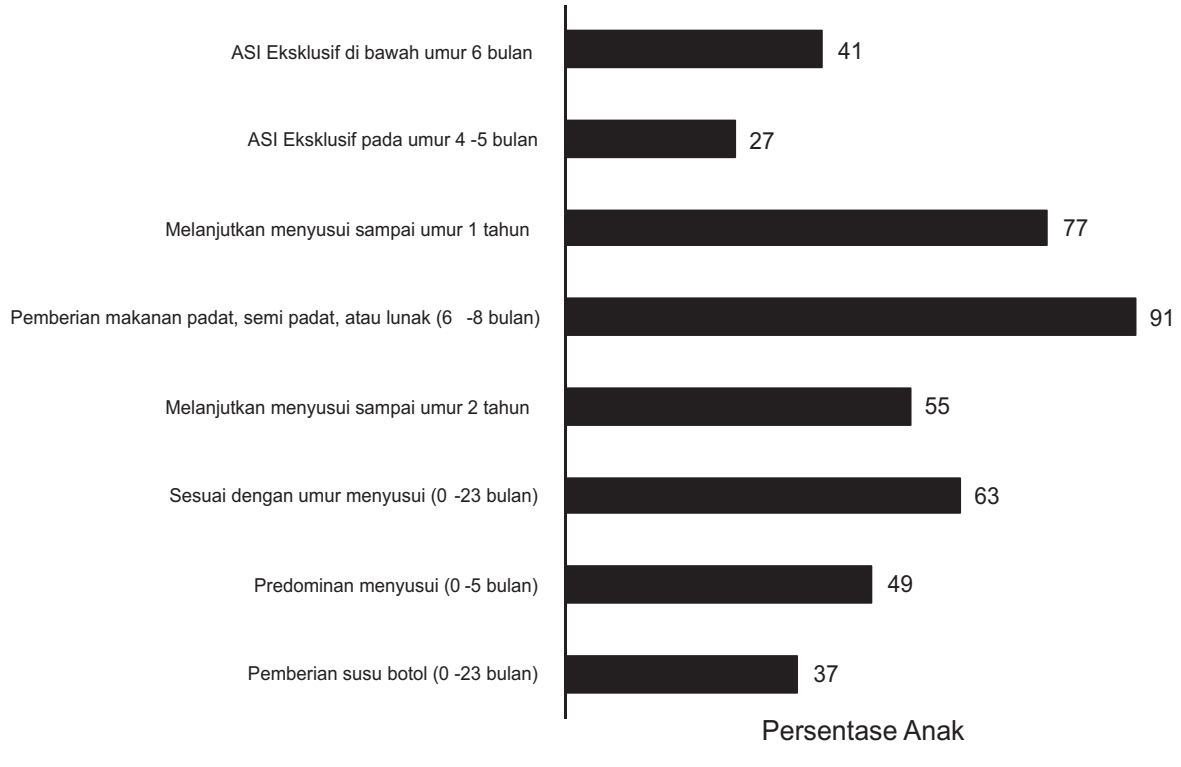
SDKI 2012

Setelah umur enam bulan, pemberian ASI tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan gizi bayi sehingga setelah umur enam bulan disarankan untuk tidak memberikan hanya ASI. Gambar 11.2 menunjukkan bahwa 9 dari 10 anak berumur 6-8 bulan yang tinggal bersama ibunya mengkonsumsi makanan padat atau makanan semi padat. Walaupun sebagian besar masih menyusui, namun sekitar 1 diantara 8 (13 persen) anak bayi telah disapih (Tabel 11.2).

Tabel 11.2 juga menunjukkan persentase anak di bawah dua tahun menggunakan botol dengan dot.Pemberian susu botol biasanya berhubungan dengan meningkatnya risiko terkena penyakit, khususnya penyakit diare, karena sulitnya mensterilkan dot dengan benar. Pemberian susu botol juga memperpendek kembalinya haid bagi si ibu, dan meningkatkan risiko terjadinya kehamilan. Hasil SDKI 2012 menunjukkan bahwa pemberian susu botol sudah umum di Indonesia, bahkan di antara anak dengan umur yang sangat muda. Tiga dari sepuluh anak umur di bawah dua bulan sudah diberi susu botol dengan dot.

Akhirnya, Gambar 11.2 mendeskripsikan sejumlah indikator kunci dari Tabel 11.2 dan juga beberapa indikator lain terkait dengan status menyusuiyang direkomendasikan oleh WHO (Tabel 11.2).[2] Secara keseluruhan, gambar tersebut menunjukkan bahwa enam dari sepuluh anak disusui sesuai dengan umur. Hampir separo (46 persen) anak berumur 20-23 bulan telah diberi susu botol, yang proporsi ini lebih tinggi(37 persen)dibandingkan dengan hasil SDKI 2007 (BPS dkk., 2008).

Gambar 11.2 Praktik Pemberian Makanan Pada Bayi Dan Anak (PPMA) dan Status Pemberian ASI



SDKI 2012

[2] Deskripsi rinci dari semua indikator dapat ditemukan di dua publikasi terbaru WHO pada definisi dan pengukuran indikatoruntuk menilai bayi dan anak balita tentang praktik menyusui.(WHO, 2008 dan WHO, 2010).

11.3 LAMA PEMBERIAN ASI

Tabel 11.3. menunjukkan median lama pemberian ASI menurut karakteristik latar belakang. Perkiraan median dan rata-rata lama menyusui berdasarkan status data saat ini, yaitu proporsi kelahiran anak terakhir dalam tiga tahun sebelum survei yang masih disusui pada saat survei. Secara keseluruhan median lama pemberian ASI di Indonesia adalah 21,4 bulan, dan rata-rata lama pemberian ASI adalah 20,5 bulan. Median lama pemberian ASI eksklusif adalah kurang dari satu bulan, sedangkan rata-rata lamanya adalah diatas tiga bulan.Median lama ASI predominan selama 1,8 bulan, dan rata-rata lama menyusui 3,7 bulan.

Tabel 11.3 Median lama menyusui

Median lama pembe rian ASI apa saja, ASI eksklusif, dan ASI predominan di antara anak yang lahir tiga tahun sebelum survei,menurut karakteristik Latar belakang Indonesia 2012.

	Median lama (bulan) pemberian ASI di antara anakyang lahir dalam 3 tahun sebelum survei [1]		
Karakteristik latar belakang	ASI	ASI Eksklusif	ASI Predominan [2]
Jenis Kelamin			
Pria	21,7	0,7	0,7
Perempuan	21,1	1,5	2,5
Daerah Tempat Tinggal			
Perkotaan	21,0	0,7	0,7
Perdesaan	21,7	1,3	2,2
Pendidikan Ibu			
Tidak Sekolah	19,7	0,7	1,4
Belum Tamat SD	24,8	0,6	0,7
Tamat SD	22,4	1,7	2,9
Tidak Tamat SMTA	22,2	1,1	2,0
Tamat SMTA	19,9	0,7	0,7
Perguruan Tinggi [3]	17,7	0,7	0,7
Kuintil kekayaan			
Terbawah	21,7	1,1	2,7
Menengah Bawah	21,7	0,7	1,1
Menengah	22,1	1,9	2,3
Menengah Atas	21,2	0,6	0,7
Teratas	19,3	0,7	0,7
Jumlah	21,4	0,7	1,8
Mean untuk semua semua anak	20,5	3,1	3,7

Catatan: Median dan rata-rata (mean) durasi/lama berdasarkan distribusi pada sat survei. Termasuk anak yang hidup dan meninggal pada saat survei.

[1] Diasumsikan bahwa anak bukan kelahiran terakhir dan anak kelahiran terakhir yang saat ini tidak tinggal bersama ibunya tidak mendapat ASI saat ini

[2] Salah satu jawaban apakah ASI eksklusif atau ASI dan air putih, dan/atau cairan bukan susu saja.

[3]Perguruan tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel lampiran A-11.2 menunjukan lama median menyusui menurut provinsi.

11.4 Jenis Makanan Pendamping ASI

WHO merekomendasikan pengenalan makanan padat pada bayi dilakukan pada saat anak berumur 6 bulan karena pada umur tersebut ASI saja tidak mencukupi bagi pertumbuhan anak yang optimal. Selama masa peralihan dari menyusui ke makanan pendamping, prevalensi kurang gizi di antara anak meningkat di beberapa negara.Fenomena ini merupakan indikasi utama terhadap peningkatan infeksi dan pemberian makanan yang kurang bergizi. Pemberian nutrisi yang tepat termasuk variasi jenis makanan anak perlu diyakini mengandung gizi yang cukup. Pada peralihan ke makanan yang sehat, anak umur enam bulan atau lebih harus mendapat makanan padat dan semi padat setiap hari.

Tabel 11.4 memberikan informasi tentang jenis makanan cairan dan padat yang diberikan pada anak terkecil berumur kurang dari dua tahun yang tinggal bersama ibunya pada 24 jam sebelum survei, menurut status menyusui. Hasil menunjukkan banyak anak yang mendapat formula bayi pada waktu lebih awal dari yang dianjurkan yaitu bayi umur 6 bulan. Sebagai contoh, lebih dari sepertiga anak yang disusui umur di bawah dua bulan juga menerima formula bayi. Secara keseluruhan, 27 persen anak yang disusuidan 70 persen anakyang tidak disusuiberumur 0-23 bulan mengkonsumsi formula bayi.

Tabel 11.4 juga menunjukkan relatif lebih sedikit anak di bawah umur 6 bulan mendapat susu atau cairan lain. Konsumsi cairan lainnya, meningkat dengan makin meningkatnya umur, antara umur 6 bulan dan lebih tua, memuncak pada umur 18-23 bulan. Sekitar dua pertiga dari anak berumur 18-23 bulan yang diberi ASI (67 persen) dan yang tidak diberi ASI (69 persen)menerima makanan cair selain susu dan susu formula. Konsumsi susu selain ASI juga mencapai puncaknya pada bayi umur 18-23 bulan (23 persen di antara anak yang mendapatkan ASI dan 25 persen anak tidak mendapatkan ASI).

Banyak bayi yang masih sangat muda menerima makanan bayi yang telah difortifikasi. Pada umur 4-5 bulan, lebih dari sepertiga anak diberi makanan bayi yang telah difortifikasi. Anak berumur 6-8 bulan yang mendapat ASI cenderung lebih tinggi diberikan makanan bayi yang telah difortifikasi (60 persen) dibandingkan dengan dengan jenis makanan lainnya. Persentase yang hampir sama ditemui diantara anak berumur 6-8 bulan yang tidak mendapat ASI juga diberikan makanan yang telah difortifikasi (61 persen) .

Secara keseluruhan, 32 persen anak umur 6-23 bulan yang mendapat ASI mengkonsumsi makanan bayi yang sudah difortifikasi, 81 persen mengkonsumi makanan terbuat dari biji-bijian, 72 persen mengkonsumsi buah dan sayur yang kaya vitamin A, 50 persen mengkonsumsi daging, ikan, dan unggas, 46 persen mengkonsumsi telur. Sebagai tambahan ASI, 26 persen anak yang mendapat ASI juga mengkonsumsit susu formula, 11 persen susu lainnya, dan 8 persen mengkonsumsi keju, yogurt, atau produk susu lainnya. Seperti yang diharapkan, anak yang tidak mendapat ASI umur 6-23 bulan, umumnya lebih mungkin mengkonsumsi jenis cairan dan makanan lain dibanding anak yang mendapat ASI. Perbedaan antara anak yang tidak mendapat ASI dan yang mendapat ASI dalam asupan cairan dan makanan lainnya ditunjukkan dalam tabel 11.4, terutama dalam kasus susu formula bayi (68 persen banding 26 persen), buah dan sayur kaya akan Vitamin A (82 persen banding 72 persen), daging, ikan, dan unggas (65 persen banding 50 persen), dan telur (56 persen banding 46 persen).

Tabel 11.4 Makanan dan minuman yang dikonsumsi anak pada siang atau malam hari sebelum wawanvcarai

Persentase anak termuda di bawah dua tahun yang tinggal bersama ibunya menurut tipe makanan yang dikonsumsi pada siang atau malam hari sebelum interview pada saat survei, menurut status menyusui dan umur, Indonesia 2012

	Cairan			Padat dan Semi Padat										
Umur dalam bulan	Susu formula bayi	Susu lain/ keju/ yogurt [1]	Cairan lain [2]	Makanan bayi terfortifikasi	Makanan dibuat dari biji-bijian [3]	Buah dan sayuran kaya vitamin A [4]	Buah dan sayuran lainnya	Makanan dibuat dari akar dan batang	Makanan dibuat dari kacang-kacangan	Daging, ikan, unggas [5]	Telur	Keju, yogurt, Produk susu lainnya	Makanan padat, agak padat	Jumlah Anak
ANAK YANG MENDAPAT ASI														
0-1	34,5	1,5	1,5	6,9	2,7	3,0	0,8	0,6	0,2	1,7	1,1	0,0	10,0	440
2-3	24,4	0,1	2,6	12,1	3,9	2,9	1,5	0,9	0,4	0,5	0,6	0,5	17,8	517
4-5	22,6	1,2	9,5	35,9	16,7	12,3	4,0	2,6	1,8	1,7	2,9	0,2	50,1	510
6-8	23,5	3,2	34,0	59,5	47,8	44,9	15,7	15,3	13,6	20,9	18,9	2,7	90,3	791
9-11	30,9	5,3	49,7	43,8	83,2	68,4	28,5	36,5	31,4	48,2	41,3	7,6	96,4	716
12-17	24,9	8,7	59,4	23,0	90,1	82,7	29,0	35,7	35,9	56,6	53,4	8,1	97,5	1.220
18-23	27,2	23,0	67,4	11,9	94,8	81,7	35,1	41,5	44,7	68,8	61,0	11,0	97,8	930
6-23	26,3	10,5	54,1	32,1	80,8	71,5	27,6	32,9	32,5	50,3	45,5	7,6	95,8	3.657
Jumlah	26,5	7,8	39,9	28,3	59,9	52,8	20,3	23,9	23,4	36,3	32,9	5,5	76,0	5.124
ANAK YANG TIDAK ME NDAPAT ASI														
0-1	75,7	11,5	6,5	16,5	5,1	5,1	5,1	0,0	0,0	5,1	5,1	0,0	16,5	18
2-3	94,4	7,0	8,1	32,7	11,1	3,6	1,9	1,8	1,8	0,5	0,0	0,0	42,3	35
4-5	88,5	17,4	14,9	45,3	16,8	14,2	0,9	9,5	0,7	2,9	2,1	0,0	62,8	73
6-8	81,4	10,4	35,8	61,0	63,6	58,2	26,0	21,5	15,9	29,3	22,1	7,0	96,9	116
9-11	85,1	8,2	56,0	44,1	90,1	81,4	39,2	36,1	24,6	57,2	47,9	10,5	98,8	183
12-17	79,4	15,4	62,7	25,0	95,0	86,5	37,1	44,4	45,7	67,3	58,9	12,6	98,6	415
18-23	52,4	24,7	68,8	11,5	91,5	83,5	33,1	37,2	43,8	71,9	62,4	13,3	96,8	628
6-23	67,7	18,3	62,3	24,4	90,0	82,0	34,6	38,0	39,4	64,8	55,8	12,1	97,6	1.342
Jumlah	69,5	17,9	58,0	25,5	83,4	75,8	31,8	35,2	36,1	59,4	51,2	11,1	93,6	1.468

Catatan: Status mendapat ASI dan pemberian makanan mengacu pada periode 24 jam (kemarin dan tadi malam).

[1] Susu lain termasuk susu segar, susu kaleng, dan susu sapi atau susu binatang lain.

[2] Tidak termasuk air putih.

[3] Termasuk makanan bayi fortifikasi.

[4] Termasuk buah dan sayuran seperti labu kuning, ubi merah atau kuning, wortel, bit, sayuran berwarna hijau tua, mangga, pepaya , nangka, buah dan sayur lokal lainnya yang kaya akan vitamin A.

[5] Daging termasuk hati, ginjal, jantung, atau bagian daging lainnya

11.5 PEMBERIAN MAKANAN BAYI DAN ANAK

Praktik pemberian makanan pada bayi dan anak (PPMBA) termasuk waktu pengenalan makanan padat/semi padat sejak umur enam bulan, pemberian makanan dalam jumlah sedikit, dan peningkatan jumlah makanan dan frekuensi pemberian makanan dengan bertambahnya umur anak, ketika anak masih mendapatkan ASI. Panduan tentang praktik pemberian makanan untuk anak umur 6-23 bulan telah ditetapkan (PAHO/WHO, 2003; WHO, 2005). Rata-rata anak sehat yang mendapatkan ASI, harus mendapatkan makanan padat/semi padat sebanyak dua sampai dengan tiga kali sehari pada umur 6-8 bulan dan tiga sampai empat kali per hari antara umur 9 sampai dengan 24 bulan, dengan tambahan makanan kecil sebanyak satu sampai dengan dua kali per hari.

Tabel 11.5. menunjukkan praktik pemberian makanan pada bayi dan anak diantara anak yang termuda(bungsu) umur 6-23 bulan yang tinggal bersama ibu mereka, menurut karakteristik latar belakang dan status pemberian ASI. Praktik minimal PPMBA untuk anak yang disusui umur 6-23 bulan didefinisikan sebagai pemberian ASI yang tetap dilanjutkan;minimum pemberian makanan padat atau semi padat minimal dua kali per hari untuk bayi 6-8 bulan dan tiga kali untuk bayi umur 9-23 bulan; dan pemberian makanan padat/semi padat minimal tiga kelompok makanan per hari. Kriteria PPMBA untuk

anak yang tidak diberi ASI adalah; mendapat ASI pengganti (yaitu produk komersil susu formula bayi, kaleng, bubuk atau susu hewanyang segar, keju, yoghurt, dan produk susu lainnya); minimal empat kali pemberian makanan padat/semi padat setiap hari; dan konsumsi makanan padat/semi padat setidaknya empat kelompok makanan termasuk ASI pengganti setiap hari.

Tabel 11.5. menunjukkan sehari sebelum survei, 93 persen anak umur 6-23 bulan yang mendapatkan ASI, susu, atau produk susu; 58 persen mendapat makanan dari jumlah kelompok makanan seperti yang dianjurkan; dan 66 persen mendapatkan makanan paling sedikit seperti apa yang disarankan. Gambar 11.3 menunjukkan bahwa hanya 37 persen mendapatkan makanan seperti yang dianjurkan dalamPPMBA (diberi susu atau produk susu, dengan jenis keanekaragaman makanan yang tepat dan frekuensinya). Persentase PPMBA tersebut lebih rendah untuk anak-anak yang diberi ASI (34 persen) dibanding anak yang tidak diberi ASI (43 persen). Perbandingan dengan anak yang tidak diberi ASI, anak yang diberi ASI cenderung lebih sedikit mendapatkan keanekaragaman makanan yang tercukupi (masing 52 persen dan 76 persen) dan jumlah makanan yang tercukupi (masing-masing 61 persen dan 79 persen).

Proporsi dari anak berumur 6-23 bulan yang disusui yang mendapatkan PPMBA sesuai dengan rekomendasi meningkat seiring dengan umur anak, dari 18 persen anak umur 6-8 bulan menjadi 45 persen anak berumur 18-23 bulan. Proporsinya sedikit menurun padalaki-laki (35 persen) daripada perempuan (38 persen), dan diantara anak yang tinggal di daerah perdesaan (31 persen) daripada anak yang beridam di perkotaan (43 persen).Ada hubungan positif antara praktik pemberian makanan bayi dan anak dengan pendidikan ibu dan status kekayaan rumah tangga. Pemberian makanan bayi dan anak sesuai dengan standar PPMBA hanya sekitar setengah dari anak baik pada pendidikan tinggi maupunkuintil kekayaan.

Tabel 11.5 Praktik Pemberian Makanan pada Bayi dan anak (PPMBA)

Persentase anak termuda umur 6-23 bulan yang hidup bersama ibu mereka, yang diberi makan sesuai praktik pemberian 3 makanan pada bayi dan anak berdasar jumlah grup makanan dan waktu pemberian makanan pada siang atau malam hari sebelum survei, menurut status menyusui dan karakteristik latar belakang, Indonesia

	Di antara anak yang mendapat ASI umur 6-23 bulan, persentase yang diberi makan:				Di antara anak yang tidak mendapat ASI umur 6-23 bulan, persentase yang diberi makan: :					Di antara semua anak 6-23 bulan, persentase yang diberi makan:				
Karakteristik latar belakang	4+ kelompok Makanan[1]	Frekuensi minimal atau lebih anak diberi makan[2]	Keduanya 4+ kelompok makanan dan minimal frekuensi atau lebih	Jumlah anak yang diberi ASI 6-23 bulan	Susuatau produk Susu[3]	4+ kelompok makanan[1]	Frekuensi Minimal atau lebih anak diberi makan[4]	Dengan 3 praktik PPMBA[5]	Jumlah anak yang tidak diberi ASI 6-23 bulan	ASI atau produk susu[6]	4+kelompok makanan[1]	Frekuensi minimal atau lebih anak diberi makan[7]	Dengan 3 paraktek PPMBA	Jumlah semua anak 6-23 bulan
Umur dalam Bulan														
6-8	20,5	73,3	17,3	791	77,4	41,2	78,2	21,8	116	97,1	23,1	73.9	17.9	907
9-11	49,4	58,0	30,4	716	83,8	69,4	85,4	45,6	183	96,7	53,5	63.6	33.5	899
12-17	58,6	55,6	36,7	1.220	80,3	82,0	85,5	54,0	415	95,0	64,5	63.2	41.1	1.635
18-23	71,6	61,6	48,2	930	63,7	79,3	72,3	39,0	628	85,4	74,7	65.9	44.5	1.558
Jenis Kelamin														
Pria	50,9	60,9	33,0	1.889	73,5	73,3	79,2	40,7	687	92,9	56,9	65.8	35.1	2.576
Perempuan	52,8	62,0	35,4	1.768	72,0	77,8	78,2	45,5	655	92,4	59,6	66.4	38.2	2.423
Daerah Tempat Tinggal														
Perkotaan	58,4	64,2	39,1	1.714	79,7	80,1	85,2	50,7	756	93,8	65,1	70.6	42.6	2.469
Perdesaan	46,1	59,0	29,9	1.943	63,9	69,6	70,3	33,2	586	91,6	51,5	61.6	30.7	2.529
Pendidikan Ibu														
Tidak Sekolah	19,6	64,7	11,4	75	27,3	30,5	50,2	6,2	16	87,1	21,6	62.1	10.5	91
Belum Tamat SD	37,2	55,7	24,6	289	56,4	57,3	63,2	30,0	75	91,0	41,3	57.3	25.7	364
Tamat SD	44,0	58,7	29,2	916	59,3	72,8	71,4	30,8	217	92,2	49,5	61.1	29.5	1.133
Tidak Tamat SMTA	51,3	59,6	33,3	1.061	65,7	71,5	74,8	39,0	329	91,9	56,1	63.2	34.7	1.390
Tamat SMTA	60,9	65,6	39,9	904	80,7	80,6	84,0	47,2	451	93,6	67,4	71.7	42.4	1.355
Perguruan Tinggi[8]	67,1	66,5	45,8	412	87,0	82,3	87,0	57,7	254	95,0	72,9	74.3	50.3	665
Kuintil kekayaan														
Terbawah	36,4	60,4	24,6	786	47,6	55,5	55,8	18,0	214	88,8	40,5	59.4	23.2	1.001
Menengah Bawah	44,8	62,5	30,6	837	65,9	81,1	77,1	38,3	264	91,8	53,5	66.0	32.5	1.100
Menengah	54,9	61,0	35,9	735	73,6	74,8	81,2	42,9	239	93,5	59,8	65.9	37.6	974
Menengah Atas	58,9	59,7	37,6	705	78,4	77,9	81,2	43,7	292	93,7	64,4	66.0	39.4	997
Teratas	70,1	63,8	45,6	594	88,8	82,3	90,7	62,6	332	96,0	74,5	73.5	51.7	927
Jumlah	51,8	61,4	34,2	3.657	72,7	75,5	78,7	43,1	1,342	92,7	58,2	66.1	36.6	4.999

[1]Grup makanan: a. formula bayi, susu selain ASI, keju atau yogurt atau produk susu lainnya; b. makanan terbuat dari biji-bijian, akar dan batang, termasuk bubur, makanan bayi fortifikasi dari biji-bijian; c. Sayuran dan buahan kaya akan vitamin A (dan minyak kelapa merah); d. Sayuran dan buahan lain; e. telur; f. daging, unggas, ikan, dan kerang (dan daging organ); g. legumes and nuts; h.makanan terbuat dari minyak, lemak, mentega.

[2] Paling sedikit dua kali sehari untuk bayi yang mendapat ASI 6-8 bulan dan paling sedikit tiga kali sehari untuk bayi yang mendapat ASI 9-23 bulan.

[3] Termasuk formula bayi komersial, susu binatang segar, kaleng dan bubuk, keju, yogurt dan produk susu lain.

[4].Anak yang tidak mendapat ASI umur 6-23 bulan, frekuensi minimal mendapat makanan padat, semi padat atau susu dalam 4 hari terakhir setiap hari

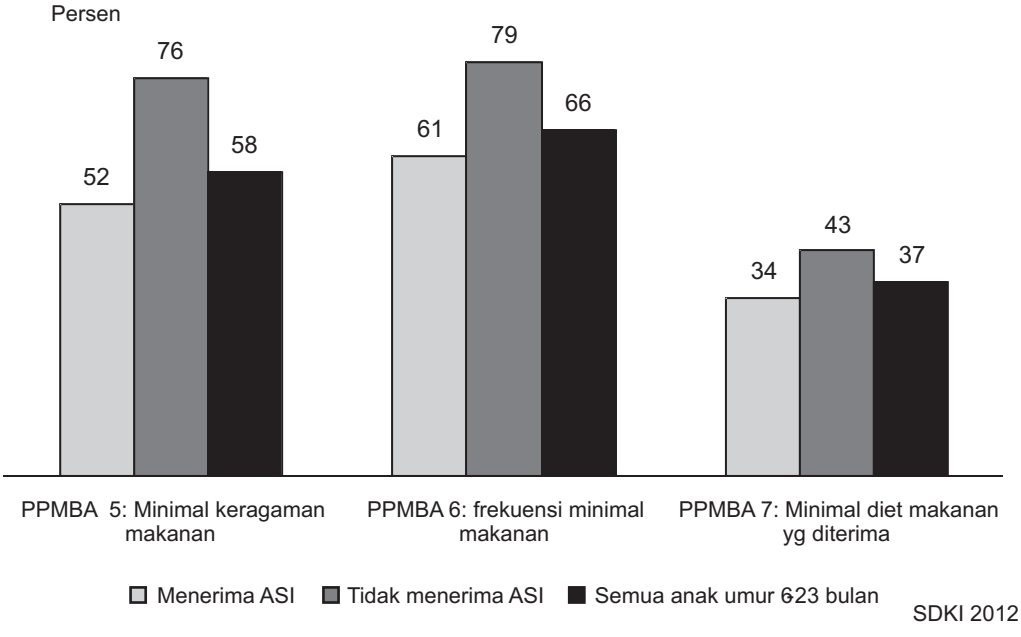
[5] Anak yang tidak mendapat ASI umur 6-23 bulan dipertimbangkan untuk diberi makanan standar minimal 3 praktik PMBA jika mereka menerima susu lain atau produk susu dan diberi makan paling sedikit sejumlah minimal frekuensi per hari dengan paling sedikit sejumlah minimal grup makanan.

[6] 3+ grup makanan untuk anak yang mendapat ASI dan 4+ grup makanan untuk anak yang tidak mendapat ASI.

[7] Diberi makanan padat atau agak padat paling sedikit dua kali sehari untuk bayi 6-8 bulan, 3 kali atau lebih untuk anak lain yang mendapat ASI, dan 4 kali atau lebih untuk anak yang tidak mendapat ASI.

[8]Perguruan tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Gambar 11.3 Indikator Praktik Pemberian Makanan pada Bayi dan Anak (PPMBA) yang Minimal Diterima Anak



Tabel lampiran A-11.3 menunjukkan pemberian makanan bayi dan anak (PPMBA) menurut provinsi.

11.6 KONSUMSI ZAT GIZI MIKRO PADA ANAK

Defisiensi zat gizi mikro memberi kontribusi yang serius pada morbiditas dan mortalitas anak. SDKI 2012 mengumpulkan informasi tentang asupan dua zat gizi mikron, Vitamin A dan zat besi dari makanan dan suplemen. Keduanya, baik Vitamin A maupun zat besi penting untuk perkembangan anak yang sehat. Vitamin A merupakan zat gizi mikro yang penting untuk sistem kekebalan. Defisiensi vitamin A dapat meningkatkan keparahan infeksi seperti penyakit campak dan diare pada anak, dan memperlambat penyembuhan dari penyakit. Pada kasus berat (*Severe vitamin A deficiency* /VAD) dapat menyebabkan gangguan penglihatan. Suplementasi Vitamin A secara berkala setiap enam bulan adalah salah satu cara untuk melindungi anak dari defisiensi Vitamin A.Konsumsi zat besi yang rendah juga dapat menyebabkan terjadinya anemia dan efek perkembangan kognitif.Kebutuhan zat besi tertinggi ketika anak berumur antara 6 dan 11 bulan, yang pada umur tersebut anak tumbuh pesat.

Tabel 11.6 menyajikan informasi dari SDKI tentang asupan makanan yang kaya Vitamin A dan Zat besipada anak umur 6-23 bulan. Secara keseluruhan, delapan dari sepuluh anak (83 persen) anak mengkonsumsi makanan yang kaya vitamin A dalam 24 jam sebelum survei. Konsumsi makanan yang kaya vitamin A meningkat seiring dengan umur anak, umur ibu melahirkan, dankuintil kekayaan. Konsumsi tersebut lebih tinggi pada anak yang tinggal di perkotaan dibanding anak yang tinggal di perdesaan dan di antara yang tidak disusui dibanding anak yang disusui.

Terdapat dua dari tiga (68 persen) anak umur 6-23 bulan mengkonsumsi makanan yang kaya akan zat besi dalam 24 jam sebelum survei. Tidak seperti konsumsi makanan kaya vitamin A, konsumsi makanan kaya dengan zat besi meningkat nyata dengan pendidikan ibu. Namun demikian, variasi anak yang mendapatkan makanan yang banyak mengandung zat besi menurut karakteristik latar belakang umumnya sama dengan mereka yang mendapatkan makanan yang kaya akan vitamin A.

Tabel 11.6 Asupan zat gizi mikro pada anak

Di antara anak termuda umur 6-23 bulan yang tinggal bersama ibunya, persentase yang mengkonsumsi makanan yang kaya vitamin A dan zat besi pada siang dan malam hari sebelum survei, dan di antara anak umur 6-59 bulan, persentase yang mendapat suplemen vitamin A dalam 6 bulan sebelum survei, yang menerima suplemen zat besi tepat tujuh hari, yang menerima obat cacing dalam enam bulan sebelum survei, dan di antara semua anak umur 6-59 bulan tinggal dalam rumah tangga yang di tes garam iodium, persentase rumah tangga dengan garam beryodium, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Di antara anak termuda umur 6-23 bulan yang tinggal bersama ibunya:			Di antara anak umur 6-59 bulan:			
Karakteristik latar belakang	Persentase yang mengkonsumsi makanan kaya vitamin A dalam 24 jam terakhir[1]	Persentase yang mengkonsumsi makanan kaya zat besi dalam 24 jam terakhir[2]	Jumlah anak	Persentase yang diberi suplemen vitamin A dalam 6 bulan terakhir	Persentase yang mengkonsumsi makanan kaya zat besi dalam 7 hari	Persentase yang menerima obat cacing dalam 6 bulan terakhir[3]	Jumlah anak
Umur dalam bulan							
6-8	51,7	28,9	907	28,3	12,8	2,2	939
9-11	80,1	62,8	899	47,6	14,6	6,3	914
12-17	90,4	75,3	1.635	56,1	13,5	9,3	1.681
18-23	94,1	84,3	1.558	66,9	14,3	19,8	1.652
24-35	Na	na	0	68,3	13,4	33,8	3.218
36-47	na	na	0	65,1	13,5	33,3	3.200
48-59	na	na	0	63,2	13,7	35,1	3.162
Jenis Kelamin							
Pria	81,9	65,3	2.576	60,5	14,0	26,9	7.513
Perempuan	83,5	69,8	2.423	61,8	13,2	24,8	7.254
Status pemberian ASI							
Dapat ASI	79,8	63,6	3.657	55,0	12,7	15,0	4.912
Tidak mendapat ASI	90,5	77,9	1.342	64,5	14,1	31,5	9.781
Umur Ibu saat melahirkan							
15-19	70,1	57,6	239	49,9	10,0	19,7	319
20-29	82,6	66,9	2.591	59,3	13,0	26,7	6.835
30-39	83,8	69,2	1.889	63,1	14,3	25,9	6.266
40-49	87,0	69,7	281	64,1	14,4	23,3	1.347
Daerah Tempat Tinggal							
Perkotaan	85,0	69,5	2.469	63,7	16,4	25,7	7.395
Perdesaan	80,4	65,4	2.529	58,6	10,8	26,1	7.371
Pendidikan Ibu							
Tidak Sekolah	81,1	50,6	91	28,2	5,9	15,5	303
Belum Tamat SD	75,7	59,2	364	56,3	11,7	19,4	1.269
Tamat SD	80,0	61,5	1.133	59,6	12,3	22,9	3.473
Tidak Tamat SMTA	82,9	65,9	1.390	62,5	10,4	28,5	3.867
Tamat SMTA	86,3	74,0	1.355	64,7	15,8	28,2	3.973
Perguruan Tinggi[4]	83,6	74,3	665	62,3	20,6	27,2	1.881
Kuintil kekayaan							
Terbawah	79,8	60,8	1.001	53,0	8,3	22,7	3.181
Menengah Bawah	81,5	65,5	1.100	58,3	10,9	24,1	2.847
Menengah	81,8	66,5	974	63,6	13,8	27,0	2.890
Menengah Atas	83,9	68,2	997	66,4	14,8	29,1	3.003
Teratas	86,9	77,1	927	65,1	20,9	26,9	2.846
Jumlah	82,7	67,5	4.999	61,1	13,6	25,9	14.766

Keterangan : Informasi suplementasi vitamin A dan zat besi didasarkan pada ingatan ib dan KMS, informasi suplemen zat besi da n obat cacing berdsarkan ingatan ibu..
na = Tidak berlaku
[1] Termasuk daging (dan jeroan), ikan, unggas, telur, labu kuning, wortel, bit, sayuran hijau tua, mangga, pepaya, nangka serta buah-buahan dan sayuran lokal yang kaya akan vitamin A,
[2] Termasuk daging, (dan jeroan)
[3] Pembasmian cacing usus, termasuk didalamnya cacing pita dan schistosomiasis.
[4] Perguruan tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 11.6 juga memperlihatkan informasi penerimaan vitamin A atau suplemen zat besi di antara anak umur 6-59 bulan.Enam puluh satu persen anak pada kelompok umur tersebut menerima suplemen vitamin A pada enam bulan sebelum survei, dibandingkan dengan 69 persen pada saat SDKI 2007. Anak umur 6-8 bulan sangat kecil kemungkinannya menerima suplemen vitamin A dibandingkan dengan anak dengan umur yang lebih tua. Anak yang tinggal di perkotaan, lahir dari ibu yang berpendidikan tinggi, ibu

berumur 20 tahun atau lebih, dan anak yang berasal dari keluarga dengan kuintil kekayaan teratas lebih banyak yang menerima suplementasi vitamin A dibandingkan anak lainnya.

Empat belas persen anak umur 6-23 bulan mendapat suplemen zat besi dalam tujuh hari terakhir sebelum survei.Cakupan suplemen zat besi lebih tinggi di perkotaan (16 persen) dibanding di perdesaan (11 persen). Cakupan tersebut meningkat dengan meningkatnya pendidikan ibu dan kuintil kekayaan yang tinggi.

Pemberian obat cacing secara berkala untuk membasmi organisme seperti cacing pita yang ditularkan lewat tanah dapat memperbaiki status zat gizi mikro anak.Tabel 11.6 menunjukkan 26 persen anak umur 6-59 bulan mendapat tablet obat cacing dalam 6 bulan yang lalu sebelum survei. Persentase anak yang mendapatobat cacing meningkat seiring umur, dengan tingkatan 2 persen untuk anak umur 6-8 bulan menjadi 35 persen untuk anak umur 48-59 bulan. Kemungkinan pemberian tablet obat cacing lebih tinggi untuk anak yang tidak mendapat ASI dibanding anak yang mendapat ASI, setidaknya mencerminkan perbedaan umur antara dua kelompok tersebut. Anak dari ibu yang berpendidikan minimal Tamat SMTA cenderung menerima obat cacing dibandingkan anak dari ibu yang tidak sekolah atau tidak tamat SD. Persentase juga bervariasi menurut kelompok kuintil kekayaan, memuncak pada kelompok kuintil ke empat, sebesar 29 persen.

Tabel Lampiran A-11.4 menunjukkan variasi asupan zat gizi mikro padaanak menurut provinsi.

11.7 ASUPAN ZAT GIZI MIKRO PADA IBU

Status zat gizi mikro ibu selama kehamilan sangat penting baik bagi perkembangan anak di dalam rahim maupun perlindungan terhadap kesakitan dan kematian ibu. Kekurangan vitamin A dapat meningkatkan risiko kematian dan kesakitan serta rabun senja. Anemia karena kekurangan Zat besi dapat meningkatkan risiko terhadap ibu dan bayi.Suplementasi merupakan strategi penting dalam menanggulangi defisiensi zat gizi mikro pada wanita.

Tabel 11.7 menyajikan data asupan zat gizi mikro pada wanita umur 15-49 tahun yang melahirkan anak dalam 5 tahun sebelum surveiberdasarkan karakteristik latar belakang. Hanya 48 persen wanita yang menerima kapsul vitamin A dalam periode dua bulan setelah melahirkan anak terakhir, sedikit meningkat dibanding SDKI 2007 (45 persen). Tingkat suplementasi terendah terdapat di antara wanita yang tidak sekolah dan kuintil kekayaan terendah (masing-masing 23 persen dan 38 persen).

Hasil dalam tabel 11.7 menunjukkan bahwa mayoritas wanita yang melahirkan selama lima tahun sebelum survei menerima suplemen zat besi selama kehamilan untuk persalinan anak terakhir. Hanya satu dari tiga (33persen) wanita yang menerima tablet zat besi atau sirup zat besi sesuai dengan rekomendasi (90 hari atau lebih), tujuh persen menerima 60-89 hari, dan 31 persen menerima kurang dari 60 hari. Kemungkinan penerimaan/asupan zat besi untuk 90 hari atau lebih meningkat seiring dengan umur, tingkatan pendidikan dan kuintil kekayaan. Wanita perkotaan jauh lebih mungkin mengambil pil zat besi/sirup untuk setidaknya 90 hari dibanding wanita perdesaan.

Tabel 11.7 Konsumsi zat gizi mikro pada ibu

Di antara wanita umur 15-49 tahun dengan anak yang lahir lima tahun yang lalu, persentase yang menerima dosis vitamin A pada 2 bulan pertama sesudah kelahiran anak terakhir; persentase yang mendapat tablet atau sirup besi untuk beberapa hari, selama kehamilan anak terakhir, dan persentase yang menerima obat cacing selama kehamilan anak terakhir, dan di antara wanita umur 15-49 tahun dengan anak yang lahir lima tahun yang lalu dan tinggal dalam rumah tangga tersebut di tes garam beryodium, tingga dalam rumahtangga dengan garam beryodium menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Persentase yang menerima vitamin A postpartum [1]	Jumlah hari wanita yang mengambil tablet zat besi atau sirup selama kehamilan anak terakhir						Jumlah Wanita
		Tidak	<60	60-89	90+	Tidak tahu/Tidak terjawab	Jumlah	
Umur								
15-19	42,5	30,3	37,1	7,5	23,1	2,0	100,0	478
20-29	47,8	21,7	32,9	6,5	32,9	6,1	100,0	6.941
30-39	48,8	22,4	28,9	8,0	34,0	6,6	100,0	6.059
40-49	47,9	28,1	27,1	6,4	29,6	8,9	100,0	1.308
Status pemberian ASI								
Dapat ASI	45,5	23,5	30,9	7,7	32,9	5,1	100,0	6.382
Tidak mendapat ASI	50,0	22,4	30,9	6,7	32,6	7,4	100,0	8.404
Daerah Tempat Tinggal								
Perkotaan	49,4	18,8	28,3	7,4	39,1	6,5	100,0	7.359
Perdesaan	46,8	26,9	33,5	6,9	26,4	6,3	100,0	7.427
Pendidikan Ibu								
Tidak Sekolah	22,6	53,1	18,6	5,4	9,9	13,0	100,0	275
Belum Tamat SD	41,7	37,6	31,6	6,3	19,4	5,1	100,0	1.243
Tamat SD	46,2	27,6	30,4	7,6	28,5	5,9	100,0	3.517
Tidak Tamat SMTA	49,3	21,4	34,2	7,8	31,2	5,4	100,0	3.965
Tamat SMTA	49,3	18,1	30,2	6,8	37,5	7,4	100,0	4.021
Perguruan Tinggi [2]	54,4	12,4	27,2	6,5	46,7	7,2	100,0	1.765
Kuintil kekayaan								
Terbawah	38,0	35,9	32,4	5,2	19,8	6,8	100,0	3.038
Menengah Bawah	46,4	24,0	35,2	7,3	28,0	5,6	100,0	2.881
Menengah	49,8	20,7	32,9	7,8	32,1	6,5	100,0	2.939
Menengah Atas	54,4	19,6	29,7	8,4	36,8	5,5	100,0	3.105
Teratas	51,7	13,5	24,0	7,0	47,7	7,8	100,0	2.822
Jumlah	48,1	22,9	30,9	7,1	32,7	6,4	100,0	14.786

[1] Dalam dua bulan pertama sesudah melahirkan anak terakhir
[2] Perguruan tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel Lampiran A-11.5 menunjukkan variasi asupan zat gizi mikro di antara ibu yang mempunyai anak terkecil menurut provinsi.

PENGETAHUAN, SIKAP, PERILAKU TENTANG HIV-AIDS DAN ISU TERKAIT 12

Temuan Utama:

- Delapan puluh dua persen pria kawin umur 15-54 tahun dan 77 persen wanita umur 15-49 tahun pernah mendengar HIV-AIDS.
- Pengetahuan tentang metode pencegahan penularan HIV baik dengan menggunakan kondom maupun membatasi hubungan seksual dengan satu pasangan di antara pria kawin umur 15-54 tahun lebih tinggi dibandingkan dengan wanita umur 15-49 tahun
- Pengetahuan yang komprehensif tentang HIV-AIDS tidak begitu luas baik di antara wanita umur 15-49 tahun (11 persen) maupun pria kawin umur 15-54 tahun (12 persen).
- Pria kawin umur 15-54 tahun lebih banyak tahu penularan HIV-AIDS dibandingkan dengan wanita umur 15-49 tahun. Pengetahuan wanita umur lebih tua tentang pencegahan infeksi HIV lebih sedikit dibandingkan dengan wanita umur lebih muda.
- Tiga dari empat baik wanita umur 15-49 tahun maupun pria kawin umur 15-54 tahun tahu penularan virus HIV dapat melalui penggunaan jarum suntik.
- Mayoritas wanita umur 15-49 tahun (91 persen) dan pria kawin umur 15-54 tahun (94 persen) percaya bahwa wanita yang baru melahirkan dapat menolak berhubungan seks dengan suami.

Acquired immune deficiency syndrome (AIDS) disebabkan oleh human immunodeficiency virus (HIV) yang mengakibatkan sistem kekebalan tubuh seseorang melemah, membuat tubuh lebih rentan, sulit sembuh dari berbagai penyakit opurtunistik yang dapat mengalami kematian. Penularan HIV yang utama di Indonesia adalah penggunaan jarum suntik yang tidak aman secara bersama-sama di antara pengguna narkotik dan obat-obatan terlarang (narkoba) atau disebut juga Pengguna Narkoba Suntik (Penasun), dan diikuti oleh hubungan heteroseksual, penularan prenatal dari ibu kepada janinnya selama periode kehamilan, melahirkan, atau menyusui. Cara penularan lainnya melalui darah yang terinfeksi seperti tranfusi darah yang tidak aman, dan penyayatan kulit seperti pembuatan tato.

Kementerian kesehatan telah membentuk Komisi Penanggulangan AIDS Nasional (KPA) pada 1987 sejak ditemukannya kasus AIDS pada turis asing di Bali. Struktur oranganisasi KPA diperbaharui pada Juli 2006 melalui Peraturan Presiden No. 75/2006. Menteri Koordinator Kesejahteraan Rakyat (Menko Kesra) sebagai ketua, Menteri Kesehatan dan Menteri Dalam Negeri sebagai wakil ketua. Keanggotaan KPA ditambah menjadi 18 kementerian/lembaga non-kementerian, lima lembaga non-pemerintah atau *non-governmental organizations (NGOs)* (Komisi Penanggulangan AIDS Nasional-Lembaga Pemerintah. Strategi dan Kegiatan Nasional Indonesia-Internasional, 2012/*National AIDS Commission-Government Agency. Indonesia National HIV and AIDS Strategy & Action - International, 2012*).

Respons meluas terhadap epidemi HIV dan AIDS yang mengesankan telah terlihat pada dua dekade terakhir ini dan strategi serta intervensi diutamakan untuk mengatasi epidemi tersebut. Komitmen tingkat nasional merespons epidemi efektif sangat kuat dan berkembang dengan cepat. Walaupun demikian, perbedaan utama dalam penanganannya adalah: kondisi geografi, kapasitas pelayanan kesehatan, sifat dan besarnya kasus epidemi serta ketersediaan sumber daya.

Data hasil Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) 2012 memberikan kesempatan untuk menilai beberapa faktor terkait dengan HIV dan AIDS serta Infeksi Menular Seksual (IMS). Tujuan utama Bab ini adalah untuk meningkatkan pengetahuan, pesersepsi, perilaku baik level nasional maupun provinsi, menurut karakteristik latar belakang seperti: aspek demografi, sosial, ekonomi. Informasi hasil SDKI 2012 dapat digunakan membantu pemantauan program dan strategi AIDS untuk sasaran yang membutuhkan informasi dan pelayanan serta kelompok rentan terhadap risiko HIV. Indikator yang disajikan dalam Bab ini meliputi indikator yang ada dalam *United Nations General Assembly Special Session* (UNGASS) karena SDKI 2012 mengumpulkan informasi dari wanita umur subur berumur 15-49 tahun. Namun, indikator untuk pria tidak sesuai dengan yang ada dalam UNGASS karena pria dalam SDKI 2012 terbatas pada pria kawin.

Bab ini menyajikan temuan SDKI 2012 untuk wanita umur subur (WUS) berumur 15-49 tahun dan pria kawin berumur 15-54 tahun mengenai pengetahuan AIDS dan isu terkait, seperti: metoda pencegahaan HIV, sumber informasi tentang AIDS, kesalahpahaman/persepsi yang salah tentang AIDS, dan pengetahuan isu lainnya terkait dengan Infeksi Menular Seksual (IMS). Bab ini juga mendiskusikan HIV-AIDS dari aspek sosial, pengetahuan dan akses terhadap kondom. Informasi selanjutnya menyampaikan sikap terhadap hubungan seks yang aman, prevalensi hubungan seks berisiko tinggi, pengetahuan tentang gejala IMS, pelaporan prevalensi IMS, pengetahuan HIV dan perilaku seks di antara remaja. Bab ini diakhiri dengan informasi tentang proporsi responden yang mengetahui seseorang yang hidup bersama penderita HIV-AIDS. Semua informasi dianalisis menurut karakteristik latar belakang.

12.1 PENGETAHUAN HIV-AIDS, PENULARAN, DAN CARA PENCEGAHAN

12.1.1 Pengetahuan HIV-AIDS

Responden SDKI 2012 ditanyakan apakah mereka pernah mendengar HIV-AIDS. Selanjutnya kepada mereka yang pernah mendengar, ditanyakan lebih lanjut tempat mereka memperoleh informasi tentang HIV-AIDS. Hasilnya dapat dilihat pada Tabel 12.1 untuk wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun menurut karakteristik latar belakang. Tabel 12.1 menunjukkan 77 persen wanita umur 15-49 tahun dan 82 persen pria kawin umur 15-54 tahun yang pernah mendengar HIV-AIDS. Persentase wanita berumur 15-49 tahun yang pernah mendengar HIV-AIDS cenderung menurun dengan bertambahnya umur, dari 85 persen wanita umur 15-24 tahun turun menjadi 63 persen pada wanita umur 40-49 tahun. Tidak demikian halnya dengan pria kawin 15-54 tahun, persentase pria kawin 15-54 tahun yang tahu tentang HIV-AIDS tertinggi ditemui pada 30-39 tahun (89 persen).

Tabel 12.1 juga menunjukkan persentase wanita belum kawin umur 15-49 yang pernah dengar HIV-AIDS lebih tinggi daripada wanita kawin. Delapan puluh delapan persen wanita belum kawin pernah mendengar HIV- AIDS dibandingkan dengan 74 persen wanita kawin, dan 63 persen wanita cerai/pisah/janda. Seperti yang diharapkan, wanita umur 15-49 tahun yang tinggal di perkotaan lebih banyak pernah mendengar HIV-AIDS dibandingkan dengan mereka yang tinggal di perdesaan yaitu masing-masing 87 persen dan 66 persen. Gambaran yang sama dijumpai pada pria kawin umur 15-54 tahun, yaitu 92 persen pria kawin umur 15-54 tahun yang tinggal di perkotaan pernah mendengar AIDS dibandingkan 73 persen mereka yang bertempat tinggal di perdesaan. Persentase wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun yang pernah dengar tentang AIDS cenderung meningkat dengan meningkatnya pendidikan dan indeks kekayaan mereka (Gambar 12.1).

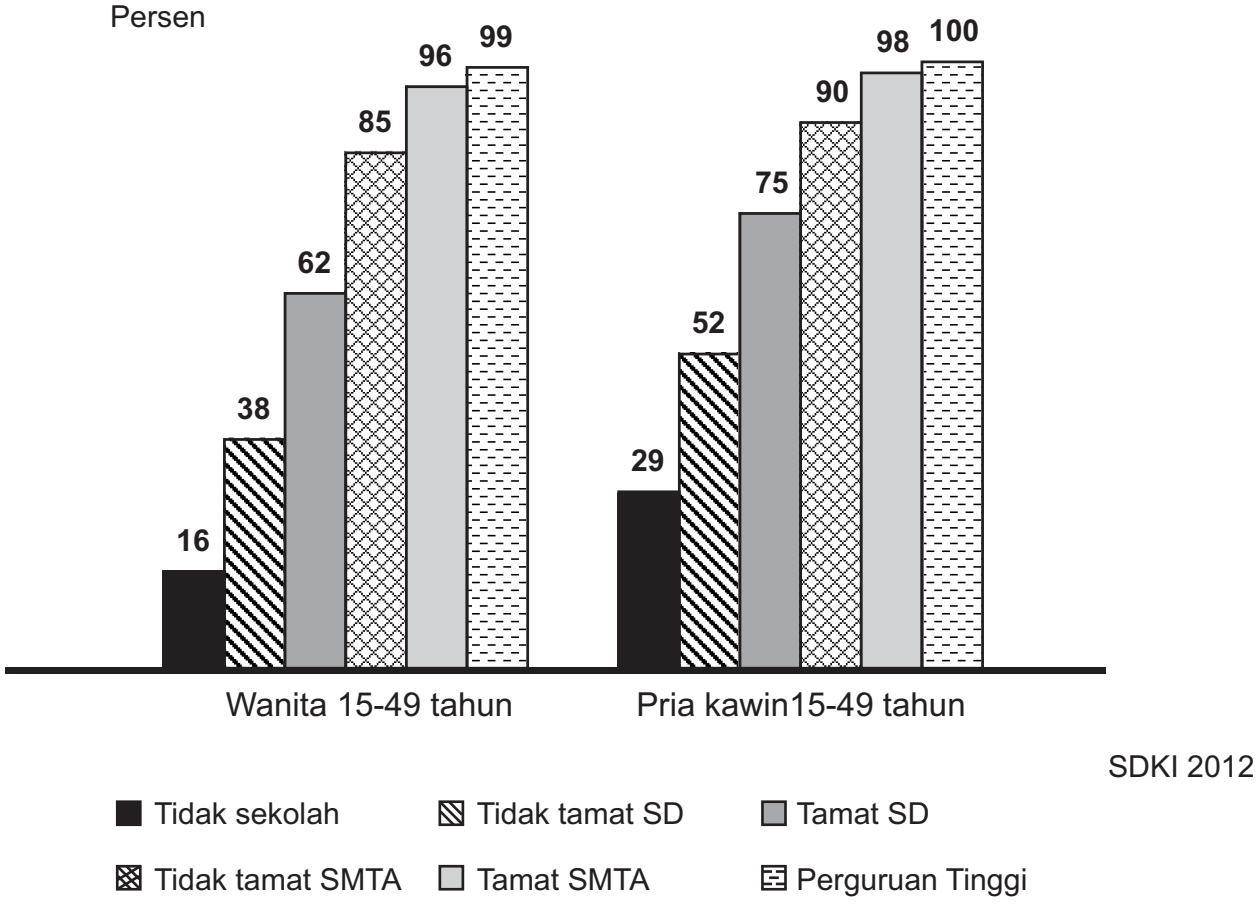
Tabel 12.1 Pengetahuan tentang AIDS

Persentase wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun yang pernah dengar AIDS menurut latar belakang karakteristik, Indonesia 2012

Karakteristik Latar Belakang	Wanita umur 15-49 tahun		Pria kawin umur 15-54 tahun	
	Pernah mendengar AIDS	Jumlah responden	Pernah mendengar AIDS	Jumlah responden
Umur				
15-24	84,4	13.232	83,8	373
15-19	84,8	6.927	(79,6)	28
20-24	84,0	6.305	84,1	345
25-29	82,2	6.959	85,4	1.127
30-39	78,3	13.757	88,9	3.449
40-49	62,8	11.659	79,6	3.065
50-54	na	0	68,2	1.292
Status Perkawinan				
Belum kawin	88,2	9,919	na	0
Pernah melakukan hubungan seks	82,7	123	na	0
Tidak pernah melakukan hubungan seks	88,3	9.796	na	0
Kawin/Hidup Bersama	74,3	33.465	82,3	9.306
Cerai/Pisah/Janda	62,6	2.223	na	0
Daerah tempat tinggal				
Perkotaan	87,0	23.805	91,5	4.739
Perdesaan	65,6	21.802	72,8	4.567
Pendidikan				
Tidak sekolah	15,7	1.500	28,9	265
Tidak tamat SD	38,0	4.870	51,7	1.371
Tamat SD	62,3	10.254	74,9	2.118
Tidak tamat SMTA	84,6	12.753	89,5	1.979
Tamat SMTA	95,7	10.677	97,8	2.453
Perguruan Tinggi[1]	99,2	5.552	99,8	1.119
Kuintil kekayaan				
Terbawah	49,0	7.767	59,4	1.596
Menengah bawah	68,1	8.784	74,0	1.866
Menengah	79,9	9.243	85,9	2.008
Menengah atas	86,4	9.743	90,9	1.962
Teratas	93,4	10.071	97,2	1.875
Jumlah	76,7	45.607	82,3	9.306

Catatan: Tanda kurung menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang (*unweighted)*.
na = tidak berlaku
[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Gambar 12.1 Pengetahuan AIDS menurut Pendidikan, Indonesia 2012



Perbedaan pengetahuan tentang HIV-AIDS di antara wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun menurut provinsi dapat dilihat pada Lampiran Tabel A-12.1

12.1.2 Pengetahuan Tentang Cara Pencegahan HIV

Penularan HIV pada kelompok orang dewasa terutama melalui hubungan heteroseksual antara orang yang terinfeksi HIV dengan orang yang belum terinfeksi. Oleh karena itu, Program Pencegahan HIV difokuskan pada penyampaian pesan dan upaya dalam tiga aspek utama terkait dengan perilaku yaitu: penggunaan kondom, membatasi pasangan hubungan seks atau setia pada satu pasangan yang tidak terinfeksi HIV, dan menunda hubungan seksual di antara orang-orang muda (berpantang/abstinen). Dalam rangka memastikan program secara efektif mengkomunikasikan pesan-pesan ini, maka responden SDKI 2012 diajukan pertanyaan khusus tentang berbagai kemungkinan mengurangi penularan HIV dengan menggunakan kondom setiap melakukan hubungan seks dan membatasi hubungan seks dengan satu pasangan yang tidak terinfeksi HIV. SDKI 2012 mengumpulkan informasi yang menyajikan indikator ini, kecuali indikator yang kedua yang didefinisikan sebagai memiliki hubungan seksual dengan satu pasangan tanpa memandang status HIV pasangannya.

Tabel 12.2 Pengetahuan Cara Pencegahan HIV

Persentase wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun yang menjawab pertanyaan: menyatakan bahwa orang dapat mengurangi risiko terkena virus AIDS dengan menggunakan kondom setiap melakukan hubungan sekssual, dan dengan memiliki satu pasangan dan melakukan hubungan seks, dan tidak dengan pasangan lain menurut latar belakang karakteristik, Indonesia 2012

	Wanita umur 15-49 tahun				Pria kawin umur 15-54 tahun			
Karakteristik Latar Belakang	Pakai Kondom[1]	Membatasi hubungan seksual dengan satu pasangan[2]	Pakai kondom dan Membatasi hubungan seksual dengan satu pasangan[1,2]	Jumlah wanita 15-49	Pakai Kondom[1]	Membatasi hubungan seksual dengan satu pasangan[2]	Pakai kondom dan Membatasi hubungan seksual dengan satu pasangan[1,2]	Jumlah pria kawin 15-54
Umur								
15-24	44,5	62,5	38,2	13.232	53,2	63,2	44,2	373
15-19	40,5	61,0	34,3	6.927	(61,1)	(62,3)	(58,4)	28
20-24	49,0	64.0	42,5	6.305	52,6	63,3	43,0	345
25-29	47,6	62,5	41,4	6.959	60,9	63,8	50,4	1.127
30-39	45,9	60,4	40,5	13.757	65,8	69,6	55,8	3.449
40-49	34,6	45,8	30,0	11.659	56,3	60,1	47,3	3.065
50-54	na	na	na	na	43,4	49,8	35,8	1.292
Status Perkawinan								
Belum kawin	46,4	65,9	40,0	9.919	na	na	na	na
Pernah melakukan hubungan seks	52,3	62,7	47,4	123	na	na	na	na
Tidak pernah melakukan hubungan seks	46,3	66,0	39,9	9.796	na	na	na	na
Kawin/Hidup Bersama	42,5	56,0	37,1	33.465	58,5	62,8	49,1	9.306
Cerai/Pisah/Janda	32,5	44,7	27,9	2.223	na	na	na	na
Daerah tempat tinggal								
Perkotaan	51,5	68,2	45,4	23.805	68,2	72,0	57,2	4.739
Perdesaan	33,5	46,0	28,4	21.802	48,4	53,2	40,6	4.567
Pendidikan								
Tidak sekolah	5,9	8,1	4,1	1.500	15,9	14,5	10,9	265
Tidak tamat SD	14,0	22,6	10,6	4.870	25,6	31,8	20,6	1.371
Tamat SD	28,6	41,2	23,8	10.254	49,3	51,6	38,2	2.118
Tidak tamat SMTA	43,0	60,7	36,1	12.753	62,8	68,1	52,7	1.979
Tamat SMTA	60,1	77,5	53,5	10.677	75,1	80,6	65,3	2.453
Perguruan Tinggi[3]	71,2	86,6	65,9	5.552	82,2	84,7	71,7	1.119
Kuintil kekayaan								
Terbawah	22,8	31,2	18,4	7.767	33,8	40,4	27,7	1.596
Menengah bawah	32,8	47,5	27,8	8.784	49,2	52,3	38,9	1.866
Menengah	42,5	59,2	36,5	9.243	58,0	62,6	47,3	2.008
Menengah atas	50,8	67,6	44,6	9.743	68,6	72,8	59,2	1.962
Teratas	59,9	75,6	53,7	10.071	78,6	81,8	68,7	1.875
Jumlah	42,9	57,6	37,3	45.607	58,5	62,8	49,1	9.306

Catatan: Tanda kurung menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang (*unweighted)*.
na = tidak berlaku
[1] Menggunakan kondom setiap melakukan hubungan seksual
[2] Pasangan yang tidak memiliki pasangan lainnya
[3] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 12.2 menunjukkan tingkat pengetahuan berbagai cara pencegahan HIV menurut karakteristik. Secara umum, 58 persen wanita umur 15-49 tahun dan 63 persen pria kawin umur 15-54 tahun mengetahui bahwa membatasi hubungan seksual dengan satu pasangan akan dapat mengurangi kesempatan terkena HIV. Empat puluh tiga persen wanita umur 15-49 tahun dan 59 persen pria kawin umur 15-54 tahun mengatakan bahwa menggunakan kondom dalam setiap kali berhubungan seksual dapat mengurangi risiko tertular HIV. Tiga puluh tujuh persen wanita umur 15-49 tahun dan 49 persen pria kawin umur 15-54 tahun mengetahui bahwa baik menggunakan kondom maupun membatasi hubungan seksual dengan satu pasangan dapat mengurangi risiko terinfeksi HIV.

Pengetahuan tentang cara pencegahan HIV dengan penggunaan kondom ketika berhubungan seksual dan membatasi hubungan seksual dengan satu pasangan di antara wanita umur 15-49 tahun cenderung menurun menurut umur, dengan persentase tertinggi ditemui pada wanita umur umur 20-24 tahun (43 persen). Wanita yang belum menikah dan wanita yang belum pernah melakukan hubungan

seksual nampak lebih tahu cara pencegahan tertular HIV (40 persen) dibandingkan dengan wanita kawin (37 persen) atau wanita cerai/pisah/janda (28 persen). Pengetahuan tentang cara pencegahan HIV lebih tinggi diatntara wanita yang tinggal di perkotaan daripada mereka yang tinggal di perdesaan, masing-masing sebesar 45 persen and 28 persen. Pengetahuan tentang cara pencegahan HIV cenderung meningkat baik dengan semakin tingginya pendidikan maupun kuintil kekayaannya.

Pola pengetahuan tentang cara pencegahan HIV baik dengan menggunakan kondom maupun membatasi hubungan seksual bersama satu pasangan diantara pria kawin umur 15-54 tahun berbeda dengan wanita umur 15-49 tahun. Pria kawin umur 30-39 tahun nampak lebih tahu tentang cara pencegahan HIV (56 persen). Perbedaan pengetahuan pria kawin umur 15-54 tahun tentang cara pencegahan HIV menurut tempat tinggal, pendidikan, indeks kekayaan nampak hampir sama dengan wanita umur 15-49 tahun.

Pengetahuan tentang cara pencegahan HIV di antara wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun menurut provinsi dapat dilihat pada Lampiran Tabel A-12.2.

12.1.3 Pengetahuan Komprehensif Tentang AIDS

Sebagai salah satu bagian dari upaya untuk akses terhadap pengetahuan tentang HIV dan AIDS, maka SDKI 2012 mengumpulkan informasi terkait kesalahapahaman umum atau persepsi umum yang salah mengenai penularan HIV. Responden ditanyakan apakah kemungkinan orang yang terlihat sehat dapat menderita HIV, apakah mereka percaya bahwa HIV menular melalui gigitan nyamuk, atau melalui guna-guna/santet, atau berbagi makanan dengan penderita HIV. Pengetahuan komprehensif didefinisikan sebagai pengetahuan tentang konsisten menggunakan kondom apabila berhubungan seksual dan setia melakukan hubungan seksual dengan satu pasangan akan mengurangi kesempatan terkena AIDS, pengetahuan tentang orang yang terlihat sehat dapat menderita virus AIDS, dan memahami dua kesalahpahaman umum tentang penularan HIV di Indosesia yaitu: AIDS dapat tertular melalui gigitan nyamuk dan HIV dapat tertular melalui berbagi makanan dengan penderita AIDS.

Tabel 12.3.1 dan 12.3.2 menunjukkan pengetahuan tentang cara penularan virus HIV. Tujuh puluh satu persen wanita umur 15-49 tahun dan 75 persen pria kawin umur 15-54 tahun mengetahui bahwa penggunaan suntik atau jarum secara bersama dapat menyebabkan orang terkena HIV. Enam puluh satu persen wanita umur 15-49 tahun dan 63 persen pria kawin umur 15-54 tahun mengetahui bahwa orang terlihat sehat dapat terkena HIV. Tiga puluh lima persen wanita umur 15-49 tahun dan 32 persen pria kawin umur 15-54 tahun mengetahui bahwa HIV tidak dapat tertular melalui gigitan nyamuk. Enam dari sepuluh wanita umur 15-49 tahun dan 67 persen pria kawin umur 15-54 tahun bahwa HIV tidak dapat tertular melalui guna-guna atau santet. Walaupun demikian, ada satu kenyataan bahwa mayoritas wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-49 tahun masih memiliki kesalahpahaman dalam penularan HIV, maka pemerintah perlu meningkatkan pengenalan cara penularan HIV untuk mengurangi kesalahpahaman penularan HIV tersebut. Secara umum, hanya 11 persen wanita umur 15-49 tahun dan 12 persen pria kawin umur 15-54 tahun mengetahui tentang AIDS yang komprehensif.

Tabel 12.3.1 Pengetahuan Komprehensif Tentang AIDS: Wanita Umur 15-49 Tahun

Persentase wanita umur 15-49 tahun yang mengatakan bahwa orang terlihat sehat dapat terkena virus AIDS virus, dan mereka yang menjawab pertanyaan, menolak kesalahpahaman/persepsi lokal yang salah tentang penularan atau pencegahan virus AIDS, dan persentase pengetahuan komprehensif tentang AIDS menurut latar belakang karakteristik. Indonesia 2012

	Persentase responden yang mengatakan bahwa:							
Latar belakang karakteristik	Orang terlihat sehat dapat terkena virus AIDS	Virus AIDS tidak dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk	Virus AIDS tidak dapat ditularkan melalui guna-guna/santet	Orang tidak dapat terinfeksi melalui berbagi makanan dengan orang menderita virus	Orang akan terinfeksi dengan berbagi jarum suntik	Persentase yang mengatakan Orang terlihat sehat dapat terkena virus AIDS dan yang menolak dua kesalahpahaman lokal yang umum [1]	Persentase Pengetahuan komprehensif tentang AIDS[2]	Jumlah wanita umur 15-49 tahun
Umur								
15-24	69,7	40,6	66,7	35,0	78,1	19,6	11,4	13.232
15-19	68,7	41,6	65,7	33,6	78,9	18,7	9,4	6.927
20-24	70,8	39,5	67,8	36,5	77,2	20,6	13,6	6.305
25-29	67,0	36,7	64,3	36,6	75,6	19,3	12,9	6.959
30-39	63,1	36,5	63,8	36,0	72,6	20,6	13,3	13.757
40-49	46,8	26,4	47,6	24,9	56,2	13,0	8,3	11.659
Status Perkawinan								
Belum kawin	73,3	45,6	71,7	40,6	83,1	23,9	13,9	9.919
Pernah melakukan hubungan seks	61,8	47,4	68,9	45,5	73,5	27,6	18,6	123
Tidak pernah melakukan hubungan seks	73,4	45,6	71,7	40,5	83,2	23,8	13,8	9.796
Kawin/Hidup Bersama	58,8	32,7	58,1	31,2	67,7	16,8	10,9	33.465
Cerai/Pisah/Janda	47,7	24,9	49,2	26,3	55,1	14,2	7,7	2.223
Daerah tempat tinggal								
Perkotaan	72,5	43,7	72,3	41,5	81,6	24,1	15,3	23.805
Perdesaan	49,3	25,8	47,8	23,7	58,3	11,7	7,1	21.802
Pendidikan								
Tidak sekolah	8,5	4,0	8,6	4,2	11,8	1,4	0,6	1.500
Tidak tamat SD	23,2	12,8	24,2	9,7	30,2	3,6	1,6	4,870
Tamat SD	43,7	21,0	42,5	18,7	52,8	7,9	4,0	10.254
Tidak tamat SMTA	67,2	36,7	64,2	31,4	77,1	16,5	8,9	12.753
Tamat SMTA	81,6	47,6	81,6	47,4	92,1	26,3	17,4	10.677
Perguruan Tinggi[3]	89,9	61,6	91,3	63,2	97,3	42,7	30,9	5.552
Kuintil kekayaan								
Terbawah	33,5	17,5	32,0	15,4	41,7	6,9	3,8	7.767
Menengah bawah	51,2	27,0	49,0	23,4	60,1	11,2	6,1	8.784
Menengah	63,0	34,4	62,2	32,1	72,3	16,5	9,8	9.243
Menengah atas	71,0	40,6	71,6	38,5	81,0	21,2	13,5	9.743
Teratas	81,2	51,2	80,6	50,3	89,8	31,7	21,3	10.071
Jumlah	61,4	35,1	60,6	33,0	70,5	18,2	11,4	45.607

[1] Dua kesalahpahaman/persepsi lokal salah yang paling umum: Virus AIDS dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk dan dengan berbagi makanan dengan orang yang menderita virus AIDS.
[2] Pengetahuan komprehensif yang mengetahui bahwa penggunaan kondom secara konsisten selama hubungan seksual dan memiliki hanya satu pasangan yang setia akan dapat mengurangi kesempatan untuk terkena virus AIDS virus, mengetahui bahwa orang yang terlihat sehat dapat terkena virus AIDS, dan penolakan dua kesalahpahaman lokal yang paling umum; Virus AIDS dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk dan dengan berbagi makanan dengan orang yang menderita virus AIDS
[3] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 12.3.2 Pengetahuan komprehensif tentang AIDS: pria kawin umur 15-54 tahun

Persentase pria kawin umur 15-54 tahun yang mengatakan bahwa orang terlihat sehat dapat terkena virus AIDS virus, dan mereka yang menjawab pertanyaan, menolak kesalahpahaman/persepsi lokal yang salah tentang penularan atau pencegahan virus AIDS, dan persentase pengetahuan komprehensif tentang AIDS menurut latar belakang karakteristik. Indonesia 2012

	Persentase responden yang mengatakan bahwa:							
Karekteristik Latar belakang	Orang terlihat sehat dapat terkena virus AIDS	Virus AIDS tidak dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk	Virus AIDS tidak dapat ditularkan melalui guna-guna/santet	Orang tidak dapat terinfeksi melalui berbagi makanan dengan orang menderita virus	Orang akan terinfeksi dengan berbagi jarum suntik	Persentase yang mengatakan Orang terlihat sehat dapat terkena virus AIDS dan yang menolak dua kesalahpahaman lokal yang umum [1]	Persentase Pengetahuan komprehensif tentang AIDS[2]	Jumlah Pria kawin umur 15-54 tahun
Umur								
15-24	64,1	31,5	67,1	33,4	77,0	15,3	10,3	373
..15-19	(70,3)	(38,4)	(40,4)	(34,4)	(65,2)	(16,1)	(4,0)	28
..20-24	63,6	30,9	69,2	33,3	77,9	15,3	10,8	345
25-29	66,7	34,2	69,5	33,4	77,6	16,1	10,7	1.127
30-39	68,7	37,8	73,5	39,7	80,8	20,1	15,9	3.449
40-49	60,8	29,5	64,3	30,6	73,0	15,0	10,7	3.065
50-54	47,3	22,7	52,3	23,2	57,6	11,2	8,2	1.292
Daerah tempat tinggal								
Perkotaan	72,2	39,1	78,0	41,3	86,2	21,3	16,0	4.739
Perdesaan	52,8	25,2	55,1	25,2	62,3	11,5	8,3	4.567
Pendidikan								
Tidak sekolah	15,4	8,7	18,8	4,7	20,1	2,3	2,1	265
Tidak tamat SD	30,0	12,9	33,5	12,9	39,6	5,0	3,4	1.371
Tamat SD	51,9	24,4	55,3	21,6	62,8	8,4	4,8	2.118
Tidak tamat SMTA	68,8	31,2	71,3	31,1	81,3	13,8	10,1	1.979
Tamat SMTA	79,2	42,8	85,4	48,0	94,0	23,4	18,2	2.453
Perguruan Tinggi[3]	87,5	55,2	91,8	59,9	97,2	38,8	30,5	1.119
Kuintil kekayaan								
Terbawah	38,1	17,1	39,4	17,2	47,2	5,8	3,7	1.596
Menengah bawah	54,8	23,8	56.,5	24,0	64,5	10,1	6,5	1.866
Menengah	62,4	30,6	70,2	29,7	76,6	13,7	9,3	2.008
Menengah atas	73,4	40,1	77,8	41,8	85,6	22,5	17,4	1.962
Teratas	80,7	47,2	85,1	51,8	93,6	28,7	23,0	1.875
Jumlah	62,7	32,3	66,8	33,4	74,5	16,5	12,3	9.306

Catatan: Tanda kurung menunjukan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang (*unweighted)*.
[1] Dua kesalahpahaman/persepsi lokal salah yang paling umum: Virus AIDS dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk dan dengan berbagi makanan dengan orang yang menderita virus AIDS.
[2] Pengetahuan komprehensif yang mengetahui bahwa penggunaan kondom secara konsisten selama hubungan seksual dan memiliki hanya satu pasangan yang setia akan dapat mengurangi kesempatan untuk terkena virus AIDS virus, mengetahui bahwa orang yang terlihat sehat dapat terkena virus AIDS, dan penolakan dua kesalahpahaman lokal yang paling umum; Virus AIDS dapat ditularkan melalui gigitan nyamuk dan dengan berbagi makanan dengan orang yang menderita virus AIDS
[3] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Pengetahuan yang komprehensif tentang AIDS rendah pada wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin 15-54 tahun yang tidak sekolah dan juga mereka yang masuk dalam kelompok indeks kekayaan paling rendah.

Pengetahuan yang komprehensif tentang AIDS di antara pada wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun menurut provinsi dapat dilihat pada Lampiran Tabel A-12.3.1 and A-12.3.2.

12.1.4 Pengetahuan Tentang Pencegahan Penularan HIV dari Ibu kepada Anaknya

Peningkatan pengetahuan tentang pencegahan penularan HIV melalui ibu kepada anaknya sangat penting untuk mengurangi penularannya. Dalam rangka menggali pengetahuan tersebut, responden ditanyakan apakah HIV dapat ditularkan melalui ibu selama kehamilan, ketika melahirkan, dan menyusui anaknya.

Tabel 12.4 memperlihatkan bahwa pengetahuan wanita umur 15-49 tahun tentang HIV yang dapat menular dari ibu kepada anaknya selama kehamilan, melahirkan, dan menyusui sama dengan pengetahuan pria kawin umur 15-54 tahun tentang hal tersebut. Pengetahuan tentang pencegahan penularan HIV dari ibu kepada anaknya melalui ketiga hal tersebut cenderung tinggi pada mereka yang bertempat tinggal di perkotaan, mereka yang berpendidikan tinggi, dan mereka yang berada dalam kuintil kekayaan yang lebih tinggi.

Tabel 12.4 Pengetahuan tentang pencegahan penularan HIV kepada anak melalui ibu

Persentase wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun yang tahu bahwa HIV dapat ditularkan dari ibu kepada anaknya melalui menyusui dan risiko ibu menularkan HIV kepada anak dapat dikurangi dengan minum obat khusus selama kehamilan, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Wanita umur 15-49 tahun				Pria kawin umur 15-54 tahun			
Karakteristik latar belakang	HIV dapat ditularkan selama kehamilan	HIV dapat ditularkan selama melahirkan	HIV dapat ditularkan selama melahirkan	Jumlah wanita kawin umur 15-54 tahun	HIV dapat ditularkan selama kehamilan	HIV dapat ditularkan selama melahirkan	HIV dapat ditularkan selama melahirkan	Jumlah pria kawin umur 15-54 tahun
Umur								
15-24	69,2	59,4	69,0	13.232	63,8	55,0	67,2	373
15-19	69,8	58,7	69,5	6.927	(69,3)	(66,6)	(70,0)	28
20-24	68,5	60,2	68,6	6.305	63,4	54,0	66,9	345
25-29	69,5	60,0	66,8	6.959	62,7	56,4	63,9	1.127
30-39	67,9	59,2	64,9	13.757	69,3	60,4	65,8	3.449
40-49	52,3	45,7	49,8	11.659	64,8	54,8	60,8	3.065
50-54	na	na	na	0	50,2	42,6	50,2	1.292
Status Perkawinan								
Belum kawin	74,1	63,7	73,0	9.919	na	na	na	na
Pernah melakukan hubungan seks	69,8	59,1	71,9	123	na	na	na	na
Tidak pernah melakukan hubungan seks	74,1	63,7	73,0	9.796	na	na	na	na
Kawin/Hidup Bersama	62,5	54,4	60,3	33.465	64,1	55,4	61,8	9.306
Cerai/Pisah/Janda	51,8	44,0	49,0	2.223	na	na	na	na
Hamil saat ini								
Hamil	67,5	55,7	65,2	1.950	na	na	na	na
Tidak hamil atau tidak yakin hamil	64,4	55,9	62,4	43.657	na	na	na	na
Daerah tempat tinggal								
Perkotaan	75,9	66,7	72,9	23.805	75,1	65,4	70,0	4.739
Perdesaan	52,1	44,2	51,2	21.802	52,8	44,9	53,3	4.567
Pendidikan								
Tidak sekolah	10,5	9,5	10,3	1.500	14,9	10,6	15,7	265
Tidak tamat SD	27,1	23,0	26,7	4.870	33,2	26,9	33,2	1.371
Tamat SD	47,0	39,4	46,3	10.254	49,4	43,8	52,7	2.118
Tidak tamat SMTA	69,0	58,2	67,8	12.753	67,5	58,8	66,8	1.979
Tamat SMTA	85,7	75,2	82,7	10.677	83,7	72,2	78,3	2.453
Perguruan Tinggi[1]	93,1	85,5	87,3	5.552	92,8	79,6	80,3	1.119
Kuintil kekayaan								
Terbawah	36,3	30,7	35,8	7.767	37,3	32,3	37,9	1.596
Menengah bawah	53,8	45,7	52,8	8.784	53,7	45,6	53,8	1.866
Menengah	65,9	56,4	63,6	9.243	64,5	57,6	67,3	2.008
Menengah atas	74,6	64,9	72,6	9.743	76,1	65,6	71,4	1.962
Teratas	84,6	75,2	80,9	10.071	84,5	71,5	74,3	1.875
Jumlah	64,5	55,9	62,5	45.607	64,1	55,4	61,8	9.306

Catatan: Tanda kurung menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang (*unweighted)*.
na = tidak berlaku
[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

12.2 SIKAP MENERIMA TERHADAP MEREKA YANG TINGGAL DENGAN PENDERITA HIV- AIDS DAN SIKAP UNTUK BERNEGOSIASI TERHADAP HUBUNGAN SEKSUAL YANG AMAN DENGAN SUAMI

12.2.1 Sikap Menerima Terhadap Mereka Yang Tinggal Bersama Penderita HIV-AIDS

Epidemi HIV-AIDS telah memberikan rasa takut, cemas, dan prasangka terhadap orang yang hidup dengan HIV. Ada stigma yang luas dan diskriminasi terhadap orang yang terkena HIV positif. Sikap masyarakat dapat mempengaruhi baik kesediaan orang untuk dites tentang HIV maupun inisiasi mereka

dan kepatuhan terhadap terapi antiretroviral. Pengurangan stigma dan diskriminasi merupakan faktor penting dalam pencegahan, manajemen dan pengendalian epidemi HIV.

Dalam SDKI 2012, wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun yang pernah mendengar AIDS diajukan beberapa pertanyaan untuk menilai tingkat stigma yang berkaitan dengan HIV dan AIDS, seperti: apakah mereka bersedia merawat anggota keluarganya yang menderita AIDS tinggal bersama di rumah mereka; apakah mereka akan membeli sayuran segar dari penjual yang telah terkena virus AIDS; apakah mereka berpikir seorang guru wanita yang terkena virus AIDS tetapi tidak sakit akan diperbolehkan terus mengajar; apakah mereka tidak akan merahasiakan anggota keluarga yang terinfeksi virus AIDS.

Tabel 12.5.1 dan Tabel 12.5.2 menyajikan persentase wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun tentang sikap menerima mereka yang hidup dengan penderita AIDS menurut karakteristiklatar belakang. Secara umum, pria kawin umur 15 -54 tahun lebih bersikap menerima untuk keempat indikator bila dibandingkan dengan wanita umur 15-49 tahun (11 persen dinbandingkan 9 persen). Selanjutnya, 75 persen pria kawin umur 15-54 tahun lebih bersedia merawat anggota keluarga yang menderita AIDS di rumah mereka jika dibandingkan dengan 70 persen wanita umur 15-49 tahun. Secara umum, sikap menerima baik di antara pria kawin umur 15-54 tahun maupun wanita umur 15-49 tahun yang bertempat tinggal di perkotaan lebih baik dibandingkan dengan mereka yang tinggal di perdesaan, demikian juga di antara pria kawin 15-54 tahun dan wanita umur 15-49 tahun yang berpendidikan semakin tinggi, serta semakin meningkat kuintil kekayaannya.

Tabel 12.5.1 Sikap menerima terhadap orang yang tinggal dengan HIV/AIDS Wanita umur 15-49 tahun

Di antara wanita umur 15-49 tahun yang pernah mendengar AIDS, Persentase yang menunjuukan sikap menerima terhadap penderita AIDS menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Persentase responden yang menagatakan: Bersedia merawat anggota keluarga yang terinfeksi virus AIDS di rumah	Mau membeli sayuran segar dari penjual yang terinfeksi virus AIDS	Guru wanita yang terinfrksi virus AIDS dan tidak sakit diperbolehkan terus mengajar	Tidak akan merahasiakan anggota keluarga yang terinfeksi virus AIDS	Persentase sikap menerima terhadap keempat indikator	Jumlah responden yang pernah mendengar tentang AIDS
Umur						
15-24	71,4	28,3	50,7	36,4	6,1	11.172
15-19	69,1	25,8	48,8	35,5	5,1	5.875
20-24	74,1	31,1	52,8	37,4	7,2	5.297
25-29	71,0	33,8	50,7	43,6	9,6	5.720
30-39	69,5	35,5	49,2	49,3	11,9	10.778
40-49	67,0	29,3	42,0	56,1	9,9	7.327
Status Perkawinan						
Belum kawin	72,0	31,9	53,2	36,7	7,5	8.751
Pernah melakukan hubungan seks	78,0	42,1	53,1	34,6	12,2	102
Tidak pernah melakukan hubungan seks	71,9	31,8	53,2	36,7	7,5	8.650
Kawin/Hidup Bersama	69,1	31,5	47,1	48,4	9,9	24.853
Cerai/Pisah/Janda	69,5	31,7	42,1	53,2	8,8	1.392
Daerah tempat tinggal						
Perkotaan	70,4	35,4	51,9	43,1	10,4	20.700
Perdesaan	68,9	26,1	43,3	49,5	7,6	14.296
Pendidikan						
Tidak sekolah	68,7	16,8	29,0	50,9	3,4	235
Tidak tamat SD	66,9	18,2	30,6	49,8	4,4	1.852
Tamat SD	69,8	23,1	38,1	48,9	6,8	6.388
Tidak tamat SMTA	67,8	27,5	45,9	44,9	8,0	10.788
Tamat SMTA	70,5	36,5	53,0	45,3	10,7	10.223
Perguruan Tinggi[1]	73,5	45,7	63,6	42,5	13,8	5.510
Kuintil kekayaan						
Terbawah	66,1	20,9	37,4	51,3	6,3	3.804
Menengah bawah	67,4	25,0	42,5	48,4	7,5	5.984
Menengah	69,8	28,3	46,9	47,2	8,3	7.386
Menengah atas	70,9	33,4	49,6	43,6	9,7	8.420
Teratas	72,0	41,2	56,7	42,3	11,9	9.402
Jumlah	69,8	31,6	48,4	45,7	9,3	34.997

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 12.5.2 Sikap menerima terhadap orang yang tinggal dengan HIV/AIDS: Pria kawin umur 15-54 tahun

Di antara pria kawin umur 15-54 tahun yang pernah mendengar AIDS, Persentase yang menunjukan sikap menerima terhadap penderita AIDS menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Persentase responden yang mengatakan: Bersedia merawat anggota keluarga yang terinfeksi virus AIDS di rumah	Mau membeli sayuran segar dari penjual yang terinfeksi virus AIDS	Guru wanita yang terinfrksi virus AIDS dan tidak sakit diperbolehkan terus mengajar teaching	Tidak akan merahasiakan anggota keluarga yang terinfeksi virus AIDS	Persentase sikap menerima terhadap keempat indikator	Jumlah responden yang pernah mendengar tentang AIDS
Umur						
15-24	77,9	18,3	38,2	46,8	6,0	313
15-19	(89,0)	(19,0)	(46,8)	(52,1)	(15,3)	22
20-24	77,1	18,3	37,5	46,4	5,3	290
25-29	77,2	30,2	45,8	49,7	10,5	962
30-39	76,1	31,7	45,3	56,7	11,8	3.065
40-49	72,7	29,5	42,2	63,7	12,2	2.439
50-54	71,8	28,4	37,2	62,0	10,8	881
Daerah tempat tinggal						
Perkotaan	77,7	33,9	49,2	57.1	13,0	4.335
Perdesaan	70,9	24,7	35,4	59.7	9,4	3.325
Pendidikan						
Tidak sekolah	68,4	5,1	22,0	30,3	0,0	77
Tidak tamat SD	71,1	19,2	26,7	58,5	6,0	709
Tamat SD	76,0	21,4	34,7	57,2	6,8	1.587
Tidak tamat SMTA	71,2	26,0	38,9	59,8	10,4	1.772
Tamat SMTA	77,1	38,4	48,6	59,0	15,4	2.399
Perguruan Tinggi[1]	76,1	38,3	62,3	57,3	15,3	1.117
Kuintil kekayaan						
Terbawah	68,7	20,2	26,5	56,2	5,7	948
Menengah bawah	71,0	25,6	33,9	61,3	8,5	1.381
Menengah	72,2	26,8	39,1	56,2	9,7	1.724
Menengah atas	80,0	32,3	50,5	59,9	14,1	1.785
Teratas	77,9	38,7	55,5	57,3	15,6	1.823
Jumlah	74,7	29,9	43,2	58,3	11,4	7.661

Catatan: Tanda kurung menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang (*unweighted)*.
[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

12.2.2 Sikap Bernegosiasi Terhadap Seks Yang Aman Dengan Suami

Pengetahuan tentang penularan HIV dan cara pencegahannya kurang bermanfaat jika orang tidak berdaya bernegosiasi untuk seks yang aman dengan pasangan mereka. Informasi tentang sikap hubungan seks yang aman, responden dalam SDKI 2012 ditanyakan apakah istri dibenarkan menolak hubungan seksual dengan suaminya jika dia tahu suami memiliki Infeksi Menular Seksual (IMS), apakah istri dibenarkan menolak untuk berhubungan seksual dengan suaminya jika dia tahu telah berhubungan seks dengan wanita lain, apakah istri dibenarkan menolak hubungan seksual dengan suaminya jika ia baru saja melahirkan, dan apakah istri dibenarkan menolak hubungan seksual dengan suaminya kalau dia lelah atau tidak dalam suasana hati.

Tabel 12.6 menunjukkan 91 persen wanita umur 15-49 tahun dan 94 persen pria kawin umur 15-54 tahun percaya bahwa seorang wanita dibenarkan menolak melakukan hubungan seksual dengan suaminya jika dia baru melahirkan. Persentase wanita umur 15-49 tahun yang mengatakan bahwa seorang wanita dibenarkan untuk menolak melakukan hubungan seksual dengan suaminya jika dia tahu suaminya telah berhubungan seks dengan wanita lain lebih tinggi dibandingkan dengan pria kawin umur 15-54 tahun (masing-masing 84 persen dan 77 persen).

Perbedaan karakteristik latar belakang antara wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun juga disajikan pada Tabel 12.6. Secara umum, dukungan terhadap hak wanita untuk bernegosiasi melakukan hubungan seks yang aman dengan suaminya meningkat sejalan dengan meningkatnya pendidikan dan kuintil kekayaannya.

Tabel 12.6 Sikap terhadap negosiasi berhubungan seksual yang aman dengan suami

Persentase wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun yang berpendapat bahwa seorang wanita dibenarkan menolak untuk berhubungan seks dengan suaminya bila dia tahu bahwa suaminya berhubungan seks dengan wanita lain, dan persentase yang percaya bahwa wanita dibenarkan untuk menanyakan bahwa suami menggunakan kondom jika tahu memiliki infeksi menular seksual (IMS), dengan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Wanita umur 15-49 tahun					Pria kawin umur 15-54 tahun				
Karakteristik latar belakang	Menolak untuk melakukan hubungan seksual dengan suaminya jika dia tahu suaminya memiliki IMS	Menolak untuk melakukan hubungan seksual dengan suaminya jika dia tahu suaminya telah berhubungan seks dengan wanita lain	Menolak untuk melakukan hubungan seksual dengan suaminya jika dia baru melahirkan	Menolak untuk melakukan hubungan seksual dengan suaminya jika dia lelah atau tidak berminat	Jumlah Wanita kawin umur 15-49 tahun	Menolak untuk melakukan hubungan seksual dengan suaminya jika dia tahu suaminya memiliki IMS	Menolak untuk melakukan hubungan seksual dengan suaminya jika dia tahu suaminya telah berhubungan seks dengan wanita lain	Menolak untuk melakukan hubungan seksual dengan suaminya jika dia baru melahirkan	Menolak untuk melakukan hubungan seksual dengan suaminya jika dia lelah atau tidak berminat	Jumlah Pria kawin umur 15-54 tahun
Umur										
15-24	82,5	83,2	88,0	66,9	13.232	85,4	78,3	92,7	88,4	373
15-19	80,2	80,9	85,1	66,2	6.927	(85,5)	(65,4)	(91,6)	(80,9)	28
20-24	85,1	85,7	91,2	67,6	6.305	85,4	79,3	92,8	89,0	345
25-29	86,6	86,6	93,0	69,7	6.959	89,0	79,8	94,8	82,1	1.127
30-39	85,5	84,8	93,2	67,0	13.757	89,4	78,5	94,4	83,7	3.449
40-49	81,6	81,2	90,6	67,3	11.659	83,9	77,4	93,6	80,8	3.065
50-54	na	na	na	na	0	77,5	70,5	90,8	79,2	1.292
Status Kawin										
Belum kawin	81,7	81,0	86,0	65,0	9.919	na	na	na	na	na
Pernah berhub seks	79,2	75,1	82,0	69,6	123	na	na	na	na	na
Tdk pernah berhub.seks	81,8	81,1	86,1	65,0	9.796	na	na	na	na	na
Kawin/tinggal bersama	84,6	84,8	92,5	68,3	33.465	85,7	77,2	93,6	82,1	9.306
Cerai/ditinggal/janda	80,5	78,5	90,2	65,3	2.223	na	na	na	na	na
Daerah tempat tinggal										
Perkotaan	87,7	86,1	92,6	67,8	23.805	90,3	81,8	95,8	83,6	4.739
Perdesaan	79,5	81,0	89,2	67,1	21.802	81,0	72,4	91,3	80,6	4.567
Pendidikan										
Tidak sekolah	63,4	69,2	78,9	60,3	1.500	47,7	53,0	66,3	56,3	265
Tidak Tamat SD	72,4	77,9	88,1	68,6	4.870	71,1	68,2	88,8	75,7	1.371
Tamat SD	80,7	81,9	90,7	65,7	10.254	83,1	72,8	92,8	81,9	2.118
Tidak Tamat SMTA	83,3	83,7	89,3	68,6	12.753	89,3	79,4	94,6	83,2	1.979
Tamat SMTA	90,6	87,2	94,3	68,2	10.677	92,9	82,3	96,8	85,6	2.453
Perguruan Tinggi[1]	93,1	89,1	94,9	67,6	5.552	95,5	86,7	98,7	86,8	1.119
Kuintil kekayaan										
Terbawah	74,4	78,2	86,2	67,9	7.767	74,1	70,0	86,4	76,6	1.596
Menengah bawah	80,2	81,9	89,7	68,1	8.784	83,9	75,2	94,1	83,2	1.866
Menengah	84,5	83,6	91,7	68,3	9.243	87,8	76,3	94,1	82,9	2.008
Menengah atas	87,8	86,4	93,1	67,4	9.743	88,6	80,5	96,0	84,1	1.962
Teratas	89,6	86,8	93,2	65,9	10.071	92,2	82,7	96,2	82,8	1.875
Jumlah	83,8	83,7	91,0	67,5	45.607	85,7	77,2	93,6	82,1	9.306

Catatan: Tanda kurung menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang (*unweighted)*.
a = tidak berlaku
[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

12.3 BIAYA UNTUK HUBUNGAN SEKSUAL DAN PENGGUNAAN KONDOM SAAT HUBUNGAN SEKSUAL TERAKHIR

Seks komersial dianggap sebagai kategori khusus dari hubungan seks berisiko tinggi. Pria kawin umur 15-54 tahun dalam SDKI-2012 ditanyakan apakah mereka pernah membayar untuk hubungan seksual dan apakah mereka melakukannya dalam 12 bulan terakhir. Tabel 12.7 menunjukkan bahwa 5 persen pria kawin umur 15-54 tahun pernah membayar untuk hubungan seksual dan 2 persen melakukannya dalam 12 bulan terakhir. Pria kawin umur 15-54 tahun yang tinggal di perkotaan lebih mungkin membayar hubungan seksual dibandingkan dengan mereka yang tinggal di perdesaan. Kemungkinan pembayaran untuk imbalan melakukan hubungan seks meningkat sejalan dengan meningkatnya pendidikan, sementara itu kekayaan tidak memiliki dampak yang banyak.

Di antara pria kawin yang umur 15-54 tahun membayar untuk hubungan seks dalam 12 bulan terakhir, satu dari tiga pria tersebut dilaporkan menggunakan kondom (data tidak ditampilkan).

Variasi hubungan seksual yang dibayar dan penggunaan kondom pada saat hubungan sekasual terakhir di antara pria kawin umur 15-54 tahun menurut provinsi disajikan dalam Lampiran tabel A.12.4.

Tabel 12.7. Biaya untuk hubungan seksual dan penggunaan kondom saat hubungan seksual terakhir

Persentase pria kawin umur 15-54 tahun yang pernah membayar untuk melakukan hubungan seksual dan persentase biaya untuk hubungan seksual dalam 12 bulan terakhir, dan di antara mereka, persentase penggunaan kondom pada waktu berhubungan seksual terakhir kali menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Di antara semua Pria umur 15-54 tahun		
Karakteristik latar belakang	Persentase yang pernah membayar untuk melakukan hubungan seksual	Persentase yang membayar untuk melakukan hubungan seksual dalam 12 bulan terakhir	Jumlah responden pria kawin umur 15-54 tahun
Umur			
15-24	2,7	0,7	373
15-19	2,1	2,1	28
20-24	2,8	0,6	345
25-29	4,6	2,3	1.127
30-39	5,9	2,1	3.449
40-49	5,0	2,1	3.065
50-54	6,5	1,7	1.292
Daerah Tempat Tinggal			
Perkotaan	6,1	2,2	4.739
Perdesaan	4,6	1,8	4.567
Pendidikan			
Tidak sekolah	4,1	0,6	265
Tidak Tamat SD	5,1	2,4	1.371
Tamat SD	4,6	1,9	2.118
Tidak Tamat SMTA	6,1	2,1	1.979
Tamat SMTA	5,4	2,0	2.453
Perguruan Tinggi[1]	6,2	2,0	1.119
Kuintil kekayaan			
Terbawah	5,3	2,3	1.596
Menengah bawah	5,8	2,4	1.866
Menengah	5,8	2,3	2.008
Menengah atas	4,8	1,2	1.962
Teratas	5,2	2,0	1.875
Jumlah	5,4	2,0	9.306

Catatan:.
[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

12.4 LAPORAN INFEKSI MENULAR SEKSUAL DAN GEJALANYA

Pada SDKI 2012, responden yang pernah berhubungan seks ditanyakan apakah mereka pernah terkena suatu penyakit melalui kontak seksual dalam 12 bulan terakhir, atau apakah mereka memiliki paling sedikit dua gejala yang terkait dengan IMS (berbau tidak enak atau cairan yang tidak normal dari kemaluan, sakit atau luka pada kemaluan atau luka pada kelamin). Tabel 12.8 menunjukkan laporan prevalensi tentang IMS dan gejalanya pada wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun.

Hasil dalam Tabel 12.8 menunjukkan bahwa sekitar 12 persen wanita umur 15-49 tahun dan 1 persen pria kawin umur 15-54 tahun yang pernah melakukan hubungan seksual secara aktif dilaporkan mengalami IMS dan atau gejalanya dalam 12 bulan sebelum survei. Prevalensi IMS atau gejalanya tertinggi terjadi pada wanita belum menikah (24 persen) dan wanita umur 15-19 tahun (19 persen), Di antara wanita umur 15-49 tahun, prevalensi IMS tertinggi pada wanitya yang berpendidikan tidak tamat SMTA dan indeks kekayaan terendah (14 persen masing-masing). Terdapat perbedaan yang kecil tentang IMS dan gejalanya di antara pria kawin umur 15-54 tahun dan wanita umur 15-49 tahun.

Lampiran Tabel A-12.5 menunjukkan persentase prevalensi IMS dan gejalanya pada wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun menurut provinsi.

Tabel 12.8 prevalensi infeksi menular seksual (IMS) dan gejala IMS

Di antara wanita umur 15-49 tahun dan pria saat menikah umur 15-54 tahun yang pernah berhubungan seksual, persentase yang melaporkan pernah mengalami IMS atau gejala IMS dalam 12 bulan terakhir, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Wanita umur 15-49 tahun					Pria kawin umur 15-54			
Karakteristik latar belakang	IMS	Keputihan yang berbau tdk enak / tidak normal	Sakit/luka pada kemaluan	IMS/keluar cairan dari kemaluan /sakit atau luka	Jumlah responden yang pernah melakukan hubungan seksual	IMS	Sakit/luka pada kemaluan	IMS/keluar cairan dari kemaluan //sakit atau luka	Jumlah responden yang pernah melakukan hubungan seksual
Umur									
15-24	0,2	15,4	2,6	16,8	4.885	0,5	2,5	2,7	372
15-19	0,1	18,3	2,5	19,1	959	(0,0)	(2,1)	(2,1)	28
20-24	0,3	14,7	2,6	16,3	3.927	0,5	2,6	2,8	344
25-29	0,1	13,8	2,1	14,8	6.227	0,0	1,9	1,9	1.119
30-39	0,1	10,0	2,3	11,5	13.215	0,2	1,1	1,2	3.440
40-49	0,1	7,1	1,4	8,0	11.415	0,2	1,4	1,6	3.062
50-54	na	na	na	na	0	0,0	1,1	1,1	1.292
Status Kawin									
Belum menikah	0,7	20,9	7,5	24,0	123	na	na	na	na
Pernah berhub seks	0,7	20,9	7,5	24,0	123	na	na	na	na
Menikah/tinggal bersama	0,1	10,5	2,0	11,7	33.418	0,1	1,4	1,4	9.285
Cerai/Dipisahkan/janda	0,0	9,5	1,1	10,1	2.201	na	na	na	na
Daerah tempat tinggal									
Perkotaan	0,1	9,5	2,0	10,8	17.711	0,1	1,0	1,1	4.725
Perdesal	0,1	11,4	2,0	12,6	18.030	0,1	1,7	1,8	4.559
Pendidikan									
Tidak sekolah	0,1	8,3	1,6	9,2	1.405	0,0	0,7	0,7	265
Tidak Tamat SD	0,0	9,4	1,6	10,4	4.618	0,0	1,6	1,6	1.367
Tamat SD	0,1	9,4	1,9	10,4	9.654	0,1	1,9	1,9	2.116
Tidak Tamat SMTA	0,1	12,6	2,3	14,0	8.408	0,2	1,5	1,7	1.975
Tamat SMTA	0,2	11,1	2,1	12,4	8.149	0,2	0,7	0,8	2.444
Perguruan Tinggi[1]	0,2	9,1	2,2	10,6	3.508	0,2	1,4	1,5	1.117
Kuintil kekayaan									
Terbawah	0,1	12,6	2,3	13,8	6.473	0,1	2,0	2,1	1.590
Menengah bawah	0,1	10,3	1,7	11,4	7.126	0,0	1,1	1,1	1.860
Menengah	0,1	11,4	2,1	12,5	7.305	0,4	1,9	2,1	2.004
Menengah atas	0,1	10,4	2,2	11,8	7.568	0,1	0,9	0,9	1.956
Teratas	0,2	8,0	1,9	9,1	7.270	0,1	1,0	1,0	1.874
Jumlah	0,1	10,5	2,0	11,7	35.742	0,1	1,4	1,4	9.285

Catatan: Tanda kurung menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang (*unweighted)*.
na = tidak berlaku
[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

12.5 PREVALENSI SUNTIKAN MEDIS

Penggunaan suntikan yang tidak steril dalam pelayanan kesehatan dapat berkontribusi pada penularan patogen melalui darah, Dalam mengukur penularan risiko HIV yang potensial terkait dengan risiko penularan HIV yang potensial yang terkait dengan suntikan medis, responden di SDKI-2012 ditanyakan apakah mereka telah menerima suntikan dalam 12 bulan terakhir, jika iya, mereka di tanyakan berapa banyak suntikan yang mereka terima dan apakah suntikan terakhir yang mereka terima dan apakah suntikan terakhir yang diberikan dengan jarum suntik dari paket baru dibuka.

Tabel 12,9 menunjukkan prevalensi dari suntikan, Empat puluh enam persen wanita umur 15-49 tahun dan 28 persen pria kawin umur 15-54 tahun tercatat telah menerima suntikan medis selama periode 12 bulan sebelum survei. Secara keseluruhan, wanita umur 15-49 tahun yang menerima rata-rata 1,8 suntikan medis dan pria kawin umur 15-54 tahun menerima 0,9 suntikan selama periode tersebut. Sebagian besar wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun melaporkan bahwa suntikan terakhir diberikan dengan jarum suntik dari paket baru saja dibuka (masing-masing 94 persen dan 86 persen).

Wanita umur 25-29 tahun adalah paling banyak menerima suntikan medis dalam 12 bulan terakhir (57 persen), Wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin 15-54 tahun yang tinggal di perkotaan lebih sedikit menerioma suntikan medis dibandingkkan dengan merelkaa yang tinggal di perdesaan dalam 12 bulan terakhir. Tidak ada pola yang jelas dalam prevalensi suntikan medis menurut pendidikan dan kuintil kekayaan.

Tabel 12.9 Prevalensi suntikan medis

Persentase wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun yang menerima setidaknya satu suntikan medis dalam 12 bulan terakhir, rata-rata jumlah suntikan medis per orang dalam 12 bulan terakhir, dan di antara mereka yang menerima medis injeksi, persentase suntikan medis terakhir yang dan jarum suntik diambil dari baru, paket belum dibuka, dengan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Wanita umur 15-49 tahun					Pria saat ini kawin umur 15-54 tahun				
Karakteristik latar belakang	Persentase yang menerima suntikan medis dalam 12 bulan terakhir	Jumlah rata-rata suntikan medis per orang dalam 12 bulan terakhir	Jumlah Responden	Untuk suntikan terakhir, jarum suntik dan jarum diambil yang baru, paket belum dibuka	Jumlah responden yang menerima suntikan medis dalam 12 bulan terakhir	Persentase yang menerima suntikan medis dalam 12 bulan terakhir	Jumlah rata-rata suntikan medis per orang dalam 12 bulan terakhir	Jumlah Responden	Untuk suntikan terakhir, jarum suntik dan jarum diambil yang baru, paket belum dibuka	Jumlah responden yang menerima suntikan medis dalam 12 bulan terakhir
Umur										
15-24	36,6	1,2	13,232	92,6	4,839	23,8	0,6	373	94,4	89
15-19	23,3	0,6	6,927	91,4	1,614	8,6	0,2	28	*	2
20-24	51,2	1,9	6,305	93,3	3,226	25,0	0,6	345	94,3	86
25-29	57,1	2,3	6,959	95,2	3,976	27,1	0,7	1,127	87,4	305
30-39	52,6	2,1	13,757	94,5	7,238	25,4	0,8	3,449	86,8	876
40-49	42,3	1,7	11,659	92,1	4,937	29,5	1,0	3,065	86,0	905
50-54	na	na	na	na	na	30,3	1,4	1,292	83,4	391
Status perkawinan										
Belum kawin	18,3	0,5	9,919	90,8	1,816	na	na	na	na	na
Pernah berhub seks	28,7	0,8	123	94,7	35	na	na	na	na	na
Tdk pernah berhub seks	18,2	0,5	9,796	90,7	1,781	na	na	na	na	na
Kawin/hidup bersama	55,4	2,2	33,465	94,1	18,549	27,6	0,9	9,306	86,3	2,567
Cerai/ditinggal/janda	28,1	0,9	2,223	88,5	625	na	na	na	na	na
Daerah Tempat Tinggal										
Perkotaan	41,6	1,6	23,805	94,1	9,895	23,1	0,8	4,739	89,5	1,096
Perdesaan	50,9	1,9	21,802	93,3	11,095	32,2	1,0	4,567	84,0	1,470
Pendidikan										
Tidak sekolah	40,0	1,4	1,500	90,2	599	29,3	1,4	265	64,7	78
Tidak Tamat SD	47,7	1,8	4,870	90,1	2,324	30,2	1,1	1,371	74,9	415
Tamat SD	54,4	2,1	10,254	93,3	5,583	27,3	0,9	2,118	83,6	577
Tidak Tamat SMTA	44,1	1,7	12,753	93,9	5,628	27,7	0,9	1,979	87,0	549
Tamat SMTA	45,0	1,8	10,677	95,2	4,799	25,7	0,9	2,453	93,6	630
Perguruan Tinggi[1]	37,0	1,4	5,552	95,5	2,057	28,4	0,9	1,119	96,0	318
Kuintil kekayaan										
Terbawah	46,3	1,6	7,767	92,0	3,599	29,7	0,9	1,596	83,4	474
Menengah bawah	49,7	1,8	8,784	93,5	4,370	29,2	1,1	1,866	83,0	545
Menengah	48,8	1,9	9,243	93,5	4,513	27,7	0,9	2,008	84,0	556
Menengah atas	47,1	1,9	9,743	95,0	4,590	23,7	0,7	1,962	88,5	465
Teratas	38,9	1,6	10,071	94,0	3,918	28,1	1,0	1,875	92,9	527
Jumlah	46,0	1,8	45,607	93,7	20,990	27,6	0,9	9,306	86,3	2,567

Catatan:
Suntikan medis yang diberikan oleh dokter, perawat, apoteker, dokter gigi atau petugas kesehatan lainnya,
Tanda bintang (*) menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada kurang dari 25 kasus tidak tertimbang (*unweighted)* dan tidak disajikan(ditampilkan). ,
na = tidak berlaku
[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Lampiran Tabel A-12.6 menunjukkan persentase wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin 15-54 tahun nyang menerima suntikan medis menurut provinsi.

12.6. PENGETAHUAN KOMPREHENSIF TENTANG AIDS DAN TEMPAT MEMPEROLEH KONDOM DI KALANGAN REMAJA

Bagian ini menjelaskan HIV-AIDS yang terkait dengan pengetahuan dan perilaku seksual di antara wanita umur 15-24 tahun dan pria kawin umur 15-24 tahun. Pengetahuan cara penularan HIV-AIDS sangat penting untuk mendorong remaja terhindari dari HIV-AIDS. Remaja selalu berisiko tinggi karena mereka memiliki hubungan yang singkat dan pasangan yang banyak, atau pacar atau tunangan dengan perilaku berisiko.

Pengetahuan remaja tentang HIV merupakan bagian dari indikator *Millenium Development Goals* (MDGs), dan harus dipantau secara berkala oleh semua negara-negara berkembang, Seperti dibahas sebelumnya, pengetahuan komprehensif tentang HIV didefinisikan sebagai: pengetahuan tentang penggunaan kondom yang konsisten salama melakukan hubungan seksual dan setia memiliki satu pasangan yang dapat mengurangi risiko penularan HIV, pasangan yang tidak terkena HIV,dapat mengurangi kemungkinan tertular HIV. Pengetahuan tentang orang yang terlihat sehat dapat terkena HIV yang merupakan virus yang menyebabkan AIDS, dan penolakan terhadap dua persepsi umum yang salah tentang penularan atau pencegahan HIV. Dalam SDKI 2012, informasi tentang kesetiaan terhadap satu pasangan seksual tidak mengurangi jumlah orang yang tidak terkena HIV.

Tabel 12.10 menunjukkan 11 persen wanita 15-24 tahun dan 10 persen pria kawin umur 15-24 tahun memiliki pengetahuan komprehensif tentang AIDS. Pengetahuan meningkat sesuai dengan bertambahnya umur, lebih tinggi di daerah perkotaan dibandingkan di perdesaan, dan meningkatnya pendidikan.

Tabel 12.10 Pengetahuan komprehensif tentang AIDS dan sumber kondom di kalangan pemuda

Persentase wanita umur 15-24 tahun dan pria saat menikah umur 15-24 tahun dengan pengetahuan yang komprehensif tentang AIDS dan persentase dengan pengetahuan dari sumber kondom, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Wanita umur 15-24 tahun			Pria saat menikah umur 15-24 tahun		
Karakteristik latar belakang	Persentase dengan pengetahuan komprehensif AIDS[1]	Persentase yang tahu sumber mendapatkan kondom[2]	Jumlah Responden	Persentase dengan pengetahuan komprehensif AIDS[1]	Persentase yang tahu sumber mendpatkan kondom[2]	Jumlah responden
Umur						
15-19	9,4	42,2	6.927	4,0	(63,3)	28
15-17	8,3	36,9	4.395	0,0	*	2
18-19	11,2	51,4	2.532	4,3	(62,9)	26
20-24	13,6	58,0	6.305	10,8	68,5	345
20-22	13,2	58,2	3.750	7,4	73,3	136
23-24	14,0	57,7	2.555	13,0	65,4	209
Status perkawinan						
Belum kawin	12,9	50,5	8.411	na	na	na
Pernah berhub, seks	14,0	58,0	79	na	na	na
Blm pernah berhub,seks	12,9	50,5	8.332	na	na	na
Kawin	8,7	48,4	4.821	10,3	68,1	373
Daerah tempat tinggal						
Perkotaan	13,9	61,1	7.072	11,5	81,0	146
Desal	8,5	36,7	6.160	9,4	59,8	227
Pendidikan						
Tidak sekolah	0,7	5,4	139	0,0	*	6
Tidak Tamat SD	2,5	16,5	465	0,0	(34,2)	37
Tamat SD	3,8	27,5	1.530	6,9	51,6	61
Tidak Tamat SMTA	8,1	41,0	6.021	5,6	71,4	129
Tamat SMTA	13,9	64,6	3.280	14,8	84,5	119
Perguruan Tinggi[3]	27,4	82,9	1.797	45,1	(83,3)	20
Jumlah	11,4	49,8	13.232	10,3	68,1	373

Catatan: suntikan medis yang diberikan oleh dokter, perawat, apoteker, dokter gigi atau petugas kesehatan lainnya, Tanda kurung menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang (*unweighted)*. Tanda bintang (*) menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada kurang dari 25 kasus tidak tertimbang (*unweighted)* dan tidak disajikan (ditampilkan).
na = tidak berlaku
[1] Pengetahuan Komprehensif mengetahui bahwa penggunaan kondom saat hubungan seksual dan hanya mempunyai satu pasangan yang setia dapat mengurangi risiko penularan virus AIDS, mengetahui bahwa orang yang tampak sehat dapat terkena virus AIDS, dan menolak dua persepsi salah yang paling umum tentang penularan AIDS atau pencegahan virus AIDS.
[2] Untuk tabel ini, tanggapan berikut tidak dianggap sebagai sumber untuk kondom:teman atau kerabat.
[3] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Penggunaan kondom di kalangan remaja berperan penting dalam mencegah penularan HIV dan infeksi menular seksual lainnya juga sebagai pencegahan kehamilan yang tidak diinginkan. Pengetahuan tentang sumber mendapatkan kondom merupakan hal yang perlu diketahui oleh remaja untuk mendapatkan dan menggunakannya. Tabel 12.10 menunjukkan bahwa 50 persen wanita umur 15-24 tahun dan 68 persen pria kawin 15-24 tahun tempat di mana mereka bisa mendapatkan kondom, Seperti yang diharapkan, proporsi wanita remaja yang tahu tempat memperoleh kondom semakin tinggi dengan meningkatnya pendidikan dan status kekayaan.

Persentase remaja yang memiliki pengetahuan komprehensif tentang AIDS dan sumber memperoleh kondom menurut provinsi disajikan pada Lampiran Tabel A-12.7.

12.7 UMUR PERTAMA KALI MELAKUKAN HUBUNGAN SEKS DI KALANGAN REMAJA

Umur pertama kali berhubungan seks di antara remaja umur 15-24 tahun meruipakan salah satu indikator UNGASS yang dilaporkan setiap tahunnya. Indonesia memperhatikan penularan epidemi yang terkonsentrasi melalui suntikan yang tidak aman di antara pengguna obat intravena dan melalui hubungan heteroseksual antara penderita HIV (HIV-positif) dan bukan penderita HIV (HIV-negatif). Umur pertama kali berhubungan seksual merupakan tanda titik awal individu pertama kali terkena risiko tertular HIV.

Tabel 12.11 memperlihatkan proporsi wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun yang pernah melakukan hubungan seksual sebelum umur 15 tahun dan sebelum umur 18 tahun masing-masing pada kelompok umur 15-19 tahun dan umur 20-24 tahun. Secara umum, 2 persen pada wanita umur 15-24 tahun dan tiga persen pria kawin 15-24 tahun telah melakukan hubungan seksual sebelum umur 15 tahun. Kemudian 16 persen wanita umur 18-24 tahun dan 12 persen pria kawin umur 18-24 tahun memiliki hubungan seksual sebelum umur 18 tahun.

Tabel 12,11 Umur pertama kali berhubungan seksual di kalangan remaja

Persentase wanita umur 15-24 tahun dan pria saat menikah umur 15-24 tahun yang berhubungan seksual pertama kali sebelum umur 15 tahun dan persentase wanita muda dan pria muda saat ini menikah umur 18-24 tahun yang berhubungan seksual pertamakali sebelum umur 18 tahun, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Wanita umur 15-49 tahun				Pria kawin umur 15-54 tahun			
Karakteristik latar belakang	Persentase yang berhubungan seksual sebelum umur 15 tahun	Jumlah respondent (15-24)	Persentase yang berhubungan seksual sebelum umur 18 tahun	Jumlah Respondent (18-24)	Persentase yang berhubungan seksual sebelum umur 15 tahun	Jumlah responden (15-24)	Persentase yang ber hubungan seksual sebelum umur 18 tahun	Jumlah Responden (18-24)
Umur								
15-19	1,6	6.927	na	na	21,0	28	na	na
15-17	1,7	4.395	na	na	0,0	2	na	na
18-19	1,5	2.532	15,1	2.532	(22,5)	26	(54,1)	26
20-24	2,5	6.305	16,8	6.305	1,7	345	8,6	345
20-22	2,2	3.750	17,0	3.750	3,0	136	10,7	136
23-24	3,0	2.555	16,5	2.555	0,8	209	7,2	209
Status Perkawinan								
Belum kawin	0,1	8.411	0,3	4.306	na	na	na	na
Kawin	5,5	4.821	31,5	4.531	3,1	373	11,8	371
Mengetahui sumber kondom[1]								
Ya	1,2	6.583	10,3	4.961	3,2	254	11,6	253
Tidak	2,9	6.649	24,0	3.876	3,0	119	12,4	118
Daerah Tempat Tinggal								
Perkotaan	0,9	7.072	9,5	4.862	3,0	146	12,2	146
Perdesaan	3,3	6.160	24,7	3.975	3,2	227	11,6	225
Pendidikan								
Tidak sekolah	13,2	139	37,7	114	*	6	*	6
Tidak Tamat SD	13,4	465	37,3	349	(2,2)	37	(23,9)	37
Tamat SD	6,4	1.530	39,5	1.244	2,0	61	13,2	61
Tidak Tamat SMTA	1,4	6.021	25,7	2.429	7,2	129	14,7	128
Tamat SMTA	0,3	3.280	4,6	2.917	0,3	119	4,7	119
Perguruan Tinggi[2]	0,1	1.797	1,0	1.784	(0,0)	20	(6,7)	20
Jumlah	2,1	13.232	16,3	8.837	3,1	373	11,8	371

Catatan: Tanda kurung menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang (*unweighted)*.
Tanda bintang (*) menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada kurang dari 25 kasus tidak tertimbang (*unweighted)* dan tidak disajikan (ditampilkan).
na = 1 tidak tersedia untuk tabel ini, tanggapan berikut tidak dianggap sumber kondom: teman atau kerabat,
[1] Untuk tabel ini, tanggapan berikut tidak dianggap sumber kondom: teman atau kerabat
[2] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Proporsi wanita umur 15-24 tahun yang telah berhubungan seksual sebelum umur 15 tahun tertinggi di antara mereka yang tinggal diperdesaan dan mereka yang berpendidikan rendah atau tidak sekolah. Sebagai contohn, 37-40 persen wanita umur 18-24 tahun dengan pendidikan tidak tamat SD dan tamat SD telah berhubungan seks sebelum umur 18 tahun dibandingkan dengan 26 persen atau lebih rendah pada wanita yang berpendidikan tidak tamat SMTA atau lebih tinggi pendidikannya.

12.8. SUMBER INFORMASI TENTANG HIV-AIDS

Secara umum, sumber informasi tentang HIV-AIDS bagi wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun adalah televisi (masing-masing 78 dan 86 persen) yang dapat dilihat pada tabel 12.12.1 dan 12.12.2. Sumber lainnya termasuk koran / majalah (28 persen wanita umur 15-49 tahun dan 38 persen pria kawin umur 15-54 tahun), keluarga / teman-teman (29 persen wanita umur 15-49 tahun dan 40 persen

pria kawin), dan radio (14 persen wanita umur 15-49 tahun dan 20 persen dari pria kawin umur 15-54 tahun), Hanya sedikit responden yang memperoleh sumber informasi HIV-AAIDS dari Tenaga kesehatan (8 persen masing-masing bagi wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun). Persentase wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun, yang pernah mendengar AIDS dari televisi dan radio tertinggi pada mereka yang tinggal di perkotaan daripada di Perdesaan, dan semakin tinggi persentasenya dengan meningkatnya tingkat pendidikan dan kuintil kekayaan.

Distribusi persentase wanita umur 15-49 tahun dan pria kawin umur 15-54 tahun yang pernah mendengar AIDS berdasarkan sumber informasi HIV-AIDS menurut provinsi dapat dilihat pada Lampiran tabel A-12.8.1 dan tabel A-12.8.2.

Tabel 12.12.1 Sumber Informasi tentang HIV/AIDS: Wanita Umur 15-49 tahun

Distribusi persentasi wanita umur 15-49 yang telah mendengar tentang AIDS oleh sumber informasi mengenai HIV / AIDS menurut Karakteristik latar belakang, 2012 indonesia

Karakteristik latar belakang	Radio	Televisi	Koran/ Majalah	Poster	Petugas Kesehatan	Lembaga keagamaan	Sekolah/ Guru	Perkumpulan Masyarakat	Teman/ keluarga	Tempat bekerja	Internet	Lainnya	Jumlah wanita yang belum mendengar tentang AIDS
Umur													
15-24	14,5	65,9	26,5	5,8	7,4	0,5	47,7	2,8	25,5	3,3	8,2	2,6	11.172
15-19	11,6	55,3	23,5	5,2	6,4	0,6	68,5	2,4	22,2	1,6	8,6	2,4	5.875
20-24	17,7	77,6	29,8	6,4	8,6	0,4	24,7	3,2	29,2	5,2	7,7	2,9	5.297
25-29	15,1	84,8	30,1	6,1	8,4	0,5	8,0	2,7	28,5	4,3	4,6	1,9	5.720
30-39	14,0	85,8	29,3	5,0	7,7	0,5	3,1	3,4	29,5	4,5	3,5	1,8	10.778
40-49	13,0	80,6	25,2	3,6	6,8	0,8	1,7	5,5	32,7	3,8	1,4	3,1	7.327
Status Perkawinan													
Belum menikah	15,3	63,5	30,1	7,1	7,0	0,6	56,9	3,0	24,2	4,1	11,1	3,2	8.751
Menikah/Tinggal bersama	13,6	83,2	27,1	4,5	7,7	0,5	4,9	3,7	30,0	3,8	2,6	2,1	24.853
Cerai/ditinggal/janda	16,4	80,4	23,4	3,7	7,5	0,3	2,5	3,8	35,5	5,1	1,9	1,4	1.392
Daerah TempatTinggal													
Perkotaan	15,2	81,6	32,6	6,4	7,2	0,4	18,7	3,7	27,4	5,2	6,5	2,4	20.700
Perdesaan	12,7	73,3	20,6	3,3	8,1	0,7	16,6	3,2	30,7	2,1	2,2	2,2	14.296
Pendidikan													
Tidak sekolah	6,1	59,4	4,2	1,0	4,9	3,1	0,3	3,5	44,0	1,9	0,3	4,6	235
Tidak Tamat SD	7,3	66,4	4,0	1,3	3,9	0,2	0,4	1,4	41,2	1,6	0,0	2,5	1.852
Tamat SD	9,9	77,0	10,3	1,5	6,0	0,3	0,4	2,3	34,1	2,0	0,1	1,8	6.388
Tidak Tamat SMTA	11,7	72,7	19,9	3,9	7,1	0,4	26,6	2,6	26,4	2,1	2,7	2,0	10.788
Tamat SMTA	17,3	83,8	36,0	6,1	7,4	0,6	18,7	4,7	26,1	4,3	4,0	2,2	10.223
Perguruan Tinggi[1]	20,7	84,6	56,7	11,6	11,7	0,9	26,0	5,6	27,2	10,2	17,2	3,8	5.510
Kuintil Kekayaan													
Terbawah	12,0	60,7	14,5	2,2	9,1	1,3	15,3	3,1	37,2	1,9	0,7	2,1	3.804
Menengah bawah	11,7	74,3	18,9	3,6	7,6	0,5	16,5	2,7	31,7	2,1	1,9	1,7	5.984
Menengah	12,9	79,0	22,2	4,2	7,1	0,4	16,3	3,1	29,4	2,8	2,8	2,3	7.386
Menengah atas	14,1	81,4	29,0	5,4	6,9	0,3	18,2	3,9	26,6	4,7	4,8	2,4	8.420
Teratas	17,5	84,1	41,7	7,8	7,9	0,6	20,6	4,2	24,8	6,2	9,6	3,0	9.402
Jumlah	14,1	78,2	27,7	5,1	7,5	0,5	17,8	3,5	28,7	3,9	4,7	2,4	34.997

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 12.12.2 Sumber Informasi tentang HIV/AIDS : Pria kawin umur 15-54 tahun

Distribusi persentasi pria kawin umur 15-49 tahun yang telah mendengar tentang AIDS oleh sumber informasi mengenai HIV/AIDS dengan Karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Radio	Televisi	Koran/ majalah	Poster	Petugas Kesehatan	Lembaga keagamaan	Sekolah /Guru	Perkumpulan Masyarakat	Teman/ Keluarga	Tempat Bekerja	Internet	lainnya	Jumlah pria yg saat ini menikah belum mendengar tentang AIDS
Umur													
15-24	19,9	82,1	27,1	8,9	11,3	0,9	7,9	2,3	51,0	12,7	5,3	3,1	313
15-19	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	22
20-24	19,8	83,1	26,8	8,2	10,5	0,9	7,9	2,4	50,6	12,3	4,3	3,4	290
25-29	24,4	84,7	36,9	9,8	10,0	0,5	6,7	2,3	41,8	13,5	5,4	2,0	962
30-39	20,3	87,5	42,0	9,9	8,1	0,9	4,2	3,1	37,0	14,8	4,7	2,6	3,065
40-49	19,1	86,2	38,7	8,1	7,1	1,0	1,9	3,6	40,4	11,8	3,5	3,0	2,439
50-54	15,2	81,9	29,2	5,2	8,8	1,9	0,6	5,1	40,5	9,6	2,2	1,9	881
Daerah Tempat Tinggal													
Perkotaan	20,2	89,0	46,9	10,7	8,0	0,8	4,1	3,2	38,8	15,5	6,1	3,4	4,335
Perdesaan	19,3	81,7	27,0	6,1	8,4	1,3	2,7	3,6	40,9	9,7	1,6	1,6	3,325
Pendidikan													
Tidak sekolah	10,4	65,0	15,8	11,2	10,7	11,4	4,8	8,2	46,2	3,9	0,0	0,0	77
Tidak Tamat SD	12,2	64,6	7,2	2,6	3,8	1,2	0,0	2,2	54,0	8,6	0,0	2,0	709
Tamat SD	16,4	80,6	16,9	2,6	5,2	0,5	0,1	1,7	44,1	12,0	0,0	1,0	1,587
Tidak Tamat SMTA	16,6	87,1	31,2	6,8	6,5	0,5	1,2	2,1	41,8	9,6	0,5	1,9	1,772
Tamat SMTA	22,6	91,5	51,7	11,9	9,6	0,8	5,6	4,1	36,0	14,3	4,0	2,6	2,399
Perguruan Tinggi[1]	29,4	94,3	72,0	17,6	14,7	2,2	9,6	6,5	28,4	20,3	19,0	6,5	1,117
Kuintil kekayaan													
Terbawah	15,6	69,1	18,8	4,4	8,8	2,7	1,9	3,5	45,3	7,4	0,9	1,5	948
Menengah bawah	16,1	80,9	25,0	4,3	5,7	0,5	2,4	2,4	43,9	10,8	0,5	1,7	1,381
Menengah	18,4	86,6	31,0	6,7	7,0	0,4	1,9	3,3	40,4	12,7	1,8	2,0	1,724
Menengah atas	20,6	91,5	44,2	10,4	9,1	0,8	3,5	3,2	38,9	13,3	3,5	3,4	1,785
Teratas	25,5	92,0	59,5	14,6	10,1	1,3	6,7	4,2	33,6	17,6	11,4	3,6	1,823
Jumlah	19,8	85,9	38,2	8,7	8,2	1,0	3,5	3,4	39,7	13,0	4,2	2,6	7,661

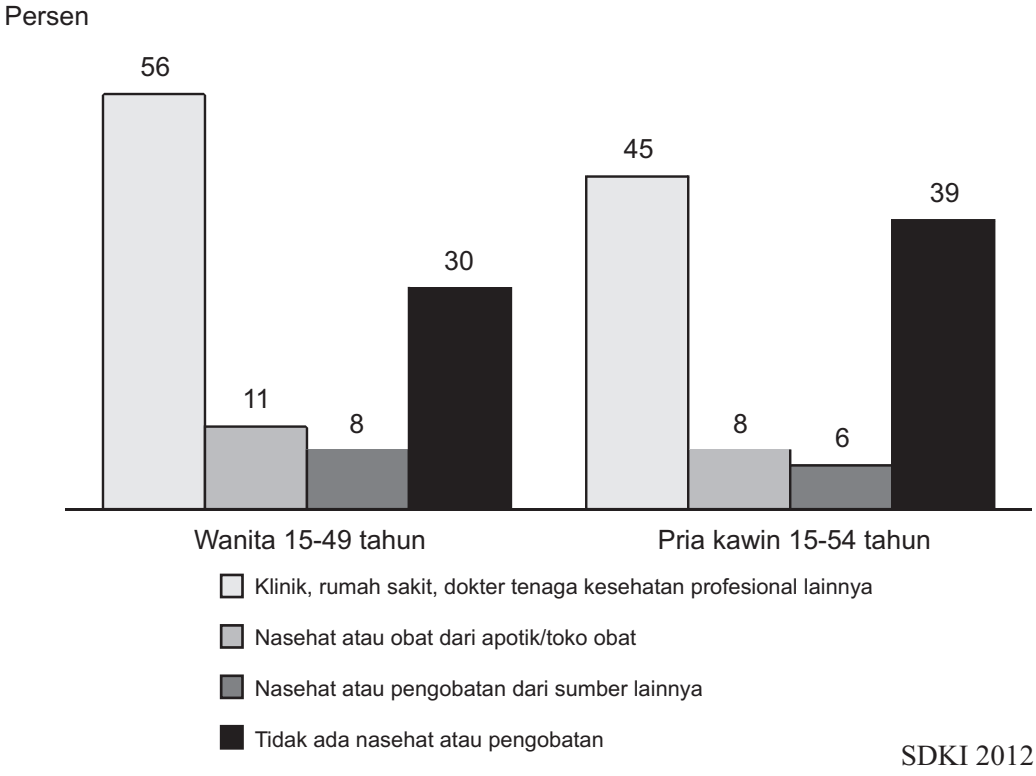
Catatan: Tanda bintang (*) menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada kurang dari 25 kasus tidak tertimbang (*unweighted)* dan tidak disajikan (ditampilkan).

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

12.9. WANITA UMUR 15-49 TAHUN DAN PRIA KAWIN UMUR 15-54 TAHUN YANG MENCARI PENGOBATAN UNTUK IMS

Responden SDKI-2012 yang dilaporkan mengalami IMS atau gejalanya dalam 12 bulan terakhir telah ditanyakan apakah mereka mencari nasehat/saran atau pengobatan untuk gejala tersebut, dan tempat memperoleh nasihat atau pengobatan tersebut. Hasil disajikan dalam gambar 12.2. Lima puluh enam persen dari wanita umur 15-49 tahun dan 45 persen dari pria kawin umur 15-54 tahun mendapat nasihat atau pengobatan dari sebuah klinik atau rumah sakit atau dokter atau tenaga kesehatan professional lainnya. Nasehat atau obat toko obat atau Apotik adalah sumber alternatif untuk nasehat atau pengobatan IMS, yaitu 11 persen wanita umur 15-49 tahun dan 8 persen pria kawin umur 15-54 tahun.

Gambar 12.2 Wanita dan Pria yang Mencari Pengobatan Untuk Infeksi Menular Seksual



SDKI 2012

PEMBERDAYAAN PEREMPUAN DAN KONDISI DEMOGRAFI DAN KESEHATAN 13

Temuan Utama:

- Lebih dari 6 dalam setiap 10 wanita berstatus kawin dan hampir semua pria berstatus kawin bekerja dalam 12 bulan terakhir.
- Sebagian besar wanita berstatus kawin yang mempunyai pendapatan tampak memutuskan sendiri (65 persen) atau bersama dengan suami (29 persen) mengenai penggunaan uang, dan sebagian besar wanita berstatus kawin yang suaminya memiliki pendapatan mengatakan mereka memutuskan sendiri (41 persen) atau memutuskan bersama (46 persen) bagaimana pendapatannya digunakan.
- Kurang dari setengah dari semua wanita umur 15-49 tahun memiliki rumah dan 41 persen dari wanita memiliki lahan, yang mayoritas kepemilikannya bersama-sama dengan orang lain.
- Lebih dari 8 dalam setiap 10 wanita berstatus kawin berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan sendiri, memutuskan perabotan rumah tangga, dan kunjungan ke keluarga atau saudara.
- Lebih dari 6 dalam setiap 10 wanita berstatus kawin dan lebih dari 8 dalam setiap 10 pria tidak setuju bahwa seorang suami dibenarkan memukul istrinya untuk beberapa alasan dari kelima alasan yang diajukan dalam wawancara SDKI.

Bab ini memperlihatkan data tentang status wanita, termasuk informasi perbedaan gender dalam pekerjaan, akses dan kontrol atas pendapatan, kepemilikan barang, partisipasi dalam pengambilan keputusan rumah tangga, dan penghasilan suami dan istri. Bab ini juga menyajikan bagaimana indikator demografi dan kesehatan berbeda-beda berdasarkan pemberdayaan perempuan, yang diukur dengan partisipasi wanita dalam pengambilan keputusan dan sejumlah alasan yang menyetujui pemukulan suami terhadap istri.

13.1 PEKERJAAN DAN PENDAPATAN PRIA DAN WANITA BERSTATUS KAWIN

Pekerjaan, khususnya pekerjaan yang menghasilkan uang, dan kontrol atas penggunaan pendapatan tersebut adalah indikator penting tentang pemberdayaan perempuan. Dalam rangka mendapatkan informasi mengenai pekerjaan, responden SDKI ditanyai mengenai apakah mereka bekerja setidaknya satu jam terus-menerus dalam seminggu terakhir, dan, jika tidak, apakah mereka bekerja dalam 12 bulan sebelum survei. Mereka seringkali tidak mengakui pekerjaan yang mereka lakukan dalam bisnis keluarga, di pertanian, atau bekerja dalam sektor informal, untuk itu wanita yang menyatakan bahwa mereka tidak bekerja dalam seminggu terakhir, diberikan pertanyaan yang terpisah untuk memperkaya laporan jenis pekerjaan tersebut. Baik wanita maupun pria yang sedang cuti, sakit, liburan, atau alasan lain tetap mencantumkan jenis pekerjaan atau usaha.

Tabel 13.1 menunjukkan persentase wanita berstatus kawin umur 15-49 dan pria umur 15-54 yang bekerja selama 12 bulan terakhir sebelum survei, dan distribusi persentasi wanita yang berstatus kawin dan pria yang bekerja menurut jenis pendapatan (uang, uang dan barang, barang saja, dan tidak dibayar). Enam puluh tiga persen wanita berstatus kawin berumur 15-49, dan sebagian besar pria berstatus kawin berumur 15-54 dilaporkan bekerja dalam 12 bulan terakhir (99 persen). Di antara wanita berstatus kawin, persentase yang bekerja meningkat seiring dengan meningkatnya umur, dari 43 persen pada wanita umur 15-19 tahun menjadi 72 persen pada wanita umur 45-49 tahun. Sedangkan, pria berstatus kawin yang bekerja sebanyak 98 persen atau lebih tinggi dalam semua kelompok umur.

Meskipun bekerja diasumsikan dengan mendapat upah, tidak semua wanita dan pria berstatus kawin yang bekerja selama 12 bulan sebelum survei memperoleh penghasilan untuk pekerjaan yang mereka lakukan. Tabel 13.1 memperlihatkan 69 persen wanita dibayar dengan uang, tiga persen dibayar dengan uang dan barang, dua persen dibayar dengan barang, dan 26 persen tidak dibayar. Sembilan dari sepuluh pria dibayar dengan uang, atau uang dan barang untuk pekerjaan yang mereka lakukan.

Tabel 13.1 Pekerjaan dan pendapatan pria dan wanita yang berstatus kawin

Persentase wanita berstatus kawin umur 15-49 dan pria umur 15-54 yang bekerja dalam 12 bulan terakhir dan distribusi persentase pria dan wanita berstatus kawin yang bekerja dalam 12 bulan terakhir menurut tipe pendapatan, menurut umur, Indonesia 2012

	Di antara responden yang berstatus kawin :		Distribusi persentase responden berstatus kawin yang bekerja dalam 12 bulan terakhir, menurut tipe pendapatannya						
Umur	Persentase bekerja	Jumlah responden	Uang saja	Uang dan barang	Barang saja	Tidak dibayar	Tidak terjawab/Tidak tahu	Jumlah	Jumlah
					WANITA				
15-19	43,3	890	59,3	0,9	1,3	38,5	0,0	100,0	385
20-24	51,4	3.754	69,5	2,1	0,7	27,6	0,1	100,0	1.930
25-29	58,3	6.000	71,6	2,0	1,4	24,9	0,1	100,0	3.496
30-34	62,0	6.285	71,6	2,5	1,5	24,4	0,1	100,0	3.894
35-39	65,9	6.331	69,9	3,7	1,9	24,4	0,1	100,0	4.171
40-44	71,2	5.572	67,1	3,1	1,5	28,2	0,1	100,0	3.967
45-49	72,0	4.633	64,7	4,6	2,3	28,2	0,2	100,0	3.334
Jumlah	63,3	33.465	68,9	3,0	1,6	26,3	0,1	100,0	21.177
					PRIA				
15-19	(100,0)	28	(85,8)	(1,4)	(0,0)	(12,8)	(0,0)	(100,0)	28
20-24	98,8	345	90,0	4,1	0,1	5,8	0,0	100,0	341
25-29	99,5	1.127	88,6	4,5	1,0	5,7	0,2	100,0	1.122
30-34	99,9	1.674	88,6	5,0	1,2	5,2	0,0	100,0	1.672
35-39	99,1	1.775	90,0	4,2	1,7	4,1	0,0	100,0	1.759
40-44	99,6	1.693	84,7	7,5	2,1	5,6	0,0	100,0	1.686
45-49	99,4	1.371	84,4	5,3	1,4	8,9	0,0	100,0	1.363
50-54	98,0	1.292	82,3	8,5	2,1	7,0	0,1	100,0	1.266
Jumlah	99,2	9.306	86,7	5,7	1,5	6,0	0,0	100,0	9.236

Catatan: Tanda kurung menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang (*unweighted)*.

13.2 KONTROL PENDAPATAN

13.2.1 Kontrol Pendapatan Dan Besaran Relatif Pendapatan Wanita

Kontrol atas pendapatan adalah dimensi lain dari pemberdayaan. Kepada wanita berstatus kawin yang mempunyai penghasilan ditanyakan tentang siapa pembuat keputusan utama dalam penggunaan pendapatan mereka. Mereka juga ditanya tentang besaran relatif dari pendapatan mereka dibandingkan dengan pendapatan suami. Informasi ini menggambarkan tentang pemberdayaan wanita dalam keluarga dan sejauh mana kontrol mereka atas sumberdaya.

Tabel 13.2.1 menunjukkan distribusi persentase wanita berstatus kawin umur 15-49 tahun yang mempunyai penghasilan dalam 12 bulan terakhir, menurut orang yang mempunyai kontrol terhadap pendapatan mereka dan persepsi mereka tentang besarnya pendapatan relatif terhadap suami. Sembilan dari sepuluh wanita yang mempunyai penghasilan selain memutuskan sendiri penggunaan penghasilannya (65 persen) juga memutuskan bersama-sama dengan suami (29 persen). Kebanyakan wanita berstatus kawin pendapatannya lebih sedikit dari suaminya (60 persen), 19 persen memiliki pendapatan yang sama, dan hanya 16 persen memiliki pendapatan lebih banyak dari suami. Proporsi wanita yang memutuskan sendiri atau memutuskan bersama suami tentang bagaimana menggunakan pendapatan mereka maupun besarnya pendapatan relatif wanita bervariasi sesuai dengan karakteristik latar belakang.

Tabel 13.2.1 Kontrol atas pendapatan wanita dan besar relatif pendapatan wanita

Distribusi persentase wanita berstatus kawin umur 15-49 yang memperoleh pendapatan untuk pekerjaannya dalam 12 bulan terakhir sebelum survei menurut orang yang memutuskan penggunaan pendapatan istri dan menurut apakah pendapatannya lebih besar atau lebih kecil dar pada suaminya, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Orang yang memutuskan penggunaan pendapatan istri :						Pendapatan istri dibandingkan dengan pendapatan suami						
	Terutama istri	Istri bersama-sama suami	Terutama suami	Lainnya	Tidak terjawab	Jumlah	Lebih banyak	Lebih sedikit	Sama	Suami tidak punya pendapatan	Tidak tahu/tidak terjawab	Jumlah	Jumlah wanita
Umur													
15-19	67,9	22,9	4,5	1,9	2,9	100,0	9,3	59,3	17,3	3,3	10,7	100,0	232
20-24	66,9	27,4	4,7	0,8	0,2	100,0	15,4	63,8	18,1	1,1	1,6	100,0	1.382
25-29	63,1	29,8	5,9	0,1	1,2	100,0	15,1	62,6	18,6	0,9	2,9	100,0	2.571
30-34	65,2	29,1	5,2	0,0	0,5	100,0	15,0	64,2	17,3	1,1	2,5	100,0	2.884
35-39	66,4	28,9	4,0	0,1	0,5	100,0	15,5	61,1	19,8	1,4	2,2	100,0	3.071
40-44	66,8	26,5	6,1	0,0	0,6	100,0	16,7	57,9	21,4	1,7	2,3	100,0	2.783
45-49	63,6	29,1	6,1	0,0	1,2	100,0	20,3	52,3	20,3	3,4	3,7	100,0	2.310
Jumlah anak lahir hidup													
0	62,6	30,2	5,6	0,4	1,1	100,0	20,3	52,0	21,8	1,4	4,5	100,0	1.457
1-2	65,6	28,6	5,0	0,1	0,7	100,0	15,0	62,6	18,6	1,4	2,4	100,0	9.300
3-4	66,0	27,6	5,7	0,1	0,6	100,0	17,0	60,0	18,9	1,8	2,3	100,0	3.679
5+	64,3	27,5	7,1	0,0	1,1	100,0	18,8	48,9	24,4	3,8	4,0	100,0	798
Daerah tempat tinggal													
Perkotaan	68,7	25,8	4,9	0,1	0,4	100,0	17,7	59,2	18,9	2,0	2,3	100,0	8.484
Perdesaan	61,0	31,8	5,8	0,2	1,2	100,0	14,3	61,5	19,8	1,1	3,2	100,0	6.749
Pendidikan													
Tidak sekolah	71,5	19,5	7,6	0,0	1,4	100,0	12,5	55,0	26,4	2,1	4,0	100,0	540
Tidak lulus SD	65,1	28,4	5,5	0,3	0,7	100,0	15,5	57,4	22,0	2,4	2,6	100,0	1.846
Lulus SD	63,8	29,4	5,7	0,1	1,1	100,0	13,0	62,1	19,8	2,0	3,1	100,0	3.734
Tidak tamat SMTA	68,1	26,1	4,9	0,3	0,6	100,0	13,1	63,2	19,0	1,8	2,9	100,0	3.165
Tamat SMTA	66,6	27,9	4,4	0,2	0,9	100,0	17,3	60,3	18,4	1,3	2,8	100,0	3.403
Perguruan Tinggi	61,3	32,7	5,9	0,0	0,1	100,0	24,4	57,0	16,7	0,5	1,4	100,0	2.544
Kuintil kekayaan													
Terendah	61,3	31,1	6,5	0,1	1,0	100,0	11,0	60,1	22,9	2,2	3,7	100,0	2.119
Menengah ke bawah	63,6	29,2	6,4	0,1	0,8	100,0	14,5	64,2	16,7	1,8	2,9	100,0	2.830
Menengah	64,5	29,6	5,1	0,3	0,5	100,0	16,6	60,2	18,8	1,9	2,4	100,0	3.070
Menengah ke atas	67,3	26,5	5,1	0,1	1,0	100,0	17,9	57,5	20,6	1,4	2,6	100,0	3.551
Tertinggi	67,8	27,4	4,1	0,1	0,6	100,0	18,4	60,0	18,4	1,0	2,2	100,0	3.663
Jumlah	65,3	28,5	5,3	0,1	0,8	100,0	16,2	60,2	19,3	1,6	2,7	100,0	15.233

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel Lampiran A.13.1.1 menunjukkan informasi mengenai kontrol atas pendapatan wanita dan besaran relatif pendapatan wanita menurut provinsi.

13.2.2 Kontrol Pendapatan Pria

Tabel 13.2.2 menunjukkan persentase pria berstatus kawin umur15-54 yang memiliki penghasilan menurut orang yang memutuskan bagaimana penghasilan mereka digunakan. sembilan dari sepuluh pria menyatakan bahwa istri mereka adalah pemegang keputusan utama mengenai penggunaan pendapatan mereka (45 persen) atau memutuskan bersama-sama dengan istri (42 persen). Tabel 13.2.2 juga memperlihatkan respon wanita mengenai pertanyaan tentang siapa yang membuat keputusan tentang bagaimana penghasilan suami digunakan. Seperti halnya pria, hampir 90 persen wanita berstatus kawin umur 15-49 tahun yang suaminya berpendapatan mengatakan bahwa mereka sendiri (41 persen) atau bersama dengan suami (46 persen) mengambil keputusan tentang penggunaan pendapatan suami mereka. Hanya 12 persen yang mengatakan bahwa suami mereka mengambil keputusan sendiri dalam penggunaan pendapatan. Secara umum, perbedaan berdasarkan latar belakang karakteristik pada tabel 13.2.2 tidak terlalu besar.

Tabel 13.2.2 Kontrol atas pendapatan pria

Distribusi Persentase Wanita berstatus kawin umur 15-54 tahun yang memperoleh pendapatan, wanita berstatus kawin 15-49 yang suaminya memperoleh pendapatan, menurut orang yang memutuskan penggunaan pendapatan suami, berdasarkan karaktersitikyang suaminya memperoleh pendapatan, menurut orang yang memutuskan penggunaan pendapatan duami, berdasarkan pada karakteristik latar belakang Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Pria							Wanita						
	Terutama istri	Suami bersama dengan istri	Terutama suami	Lainnya	Tidak terjawab	Jumlah	Jumlah	Terutama istri	Suami bersama dengan istri	Terutama suami	Lainnya	Tidak terjawab	Jumlah	Jumlah
Umur														
15-19	36,3	55,2	8,4	0,0	0,0	100,0	24	40,3	45,8	13,1	0,5	0,3	100,0	878
20-24	40,2	47,9	11,8	0,1	0,0	100,0	320	41,8	46,3	11,7	0,2	0,1	100,0	3.730
25-29	42,1	44,3	13,6	0,0	0,0	100,0	1,045	41,1	46,7	11,7	0,2	0,2	100,0	5.966
30-34	42,6	44,9	12,4	0,0	0,1	100,0	1,565	40,8	48,1	10,9	0,0	0,1	100,0	6.228
35-39	43,7	41,6	14,5	0,0	0,1	100,0	1,657	42,9	45,4	11,5	0,0	0,1	100,0	6.285
40-44	45,0	42,5	12,1	0,0	0,4	100,0	1,555	42,5	44,4	13,0	0,0	0,1	100,0	5.509
45-49	47,5	40,1	11,8	0,2	0,4	100,0	1,222	39,3	47,0	13,4	0,2	0,1	100,0	4.522
50-54	47,7	37,8	13,9	0,4	0,2	100,0	1,149	na	na	na	na	na	na	0
Jumlah anak lahir hidup														
0	34,8	50,1	14,6	0,0	0,5	100,0	663	39,4	46,9	13,0	0,5	0,2	100,0	2.698
1-2	45,0	42,3	12,4	0,1	0,1	100,0	5,140	41,3	47,0	11,4	0,1	0,1	100,0	20.059
3-4	46,2	40,0	13,6	0,0	0,2	100,0	2,213	42,5	44,7	12,7	0,0	0,1	100,0	8.386
5+	44,7	41,1	13,9	0,0	0,3	100,0	523	40,8	45,2	13,8	0,1	0,1	100,0	1.975
Daerah tempat tinggal														
Perkotaan	45,5	41,0	13,3	0,1	0,0	100,0	4,510	44,7	43,3	11,7	0,1	0,1	100,0	16.250
Perdesaan	43,3	43,6	12,6	0,1	0,4	100,0	4,028	38,3	49,2	12,3	0,1	0,1	100,0	16.868
Penddikan														
Tidak sekolah	58,3	25,4	15,9	0,0	0,4	100,0	230	47,8	36,6	15,5	0,1	0,1	100,0	1.184
Tidak tamat SD	48,7	36,7	14,0	0,6	0,1	100,0	1,206	43,1	42,0	14,2	0,4	0,2	100,0	4.133
Tamat SD	44,3	42,5	13,0	0,0	0,3	100,0	1,900	40,8	46,1	12,9	0,1	0,1	100,0	8.930
Tidak tamat SMTA	42,5	44,0	13,3	0,0	0,2	100,0	1,818	42,8	46,1	11,0	0,1	0,1	100,0	7.838
Tamat SMTA	46,0	42,4	11,6	0,0	0,1	100,0	2,304	41,1	47,7	11,1	0,1	0,1	100,0	7.693
Perguruan Tinggi[1]	37,4	48,5	13,8	0,0	0,4	100,0	1,080	36,7	53,0	10,3	0,0	0,1	100,0	3.338
Kuintil kekayaan														
Terendah	43,8	42,2	13,8	0,0	0,2	100,0	1,349	39,9	47,6	12,2	0,1	0,1	100,0	5.894
Menengah ke bawah	48,2	41,8	9,6	0,2	0,3	100,0	1,701	40,6	46,6	12,5	0,1	0,2	100,0	6.546
Menengah	43,8	40,7	15,1	0,2	0,1	100,0	1,857	42,0	45,7	12,1	0,1	0,1	100,0	6.770
Menengah ke atas	45,6	40,2	14,0	0,0	0,2	100,0	1,826	43,6	44,1	11,9	0,2	0,2	100,0	7.158
Tertinggi	41,0	46,4	12,4	0,0	0,2	100,0	1,805	40,7	47,8	11,3	0,1	0,1	100,0	6.750
Jumlah	44,5	42,3	13,0	0,1	0,2	100,0	8,538	41,4	46,3	12,0	0,1	0,1	100,0	33.118

na = Tidak berlaku
[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel appendix A.13.1.2 menunjukkan hasil mengenai kontrol atas pendapatan pria menurut provinsi.

13.2.3 Kontrol Wanita Atas Pendapatan Mereka Sendiri Dan Pendapatan Suami

Informasi dari SDKI dapat digunakan untuk melihat apakah tingkat pendapatan relatif wanita terhadap pendapatan suami berhubungan dengan kontrol perempuan terhadap pendapatan mereka dan pendapatan suami. Tabel 13.3 menunjukkan tanpa melihat apakah pendapatan mereka lebih, kurang, atau sama dengan suami, antara 9 sampai 10 wanita berstatus kawin yang mempunyai pendapatan mengatakan bahwa mereka memutuskan sendiri atau bersama dengan suami bagaimana pendapatan mereka digunakan. Sama dengan sebelumnya, tanpa melihat besaran relatif pendapatan wanita dibandingkan dengan suaminya, hampir 90 persen wanita berstatus kawin yang suaminya berpendapatan mengatakan bahwa mereka biasanya memutuskan sendiri atau bersama dengan suaminya tentang penggunaan pendapatan.

Tabel 13.3 Kontrol wanita atas pendapatannya sendiri dan pendapatan suami

Distribusi persentase wanita berstatus kawin umur 15-49 yang memiliki pendapatan dalam 12 bulan terakhir menurut orng yang memutuskan penggunaan pendapatan istri dan distribusi persentase wanita berstatus kawin umur 15-49 yang suaminya memiliki pendapatan menurut orang yang memutuskan penggunaan pendapatan suami, berdasarkan hubungan antara pendapatan istri dan pendapatan suami, Indonesia 2012

Pendapatan wanita dibandingkan dengan pendapatan suami	Orang yang memutuskan penggunaan pendapatan istri :							Orang yang memutuskan penggunaan pendapatan suami :						
	Terutama istri	Istri bersama-sama suami	Terutama suami	Lainnya	Tidak terjawab	Jumlah	Jumlah	Terutama istri	Istri bersama-sama suami	Terutama suami	Lainnya	Tidak terjawab	Jumlah	Jumlah wanita
Lebih tinggi dari suami	67,5	26,0	6,1	0,4	0,0	100,0	2.464	47,6	39,7	12,6	0,0	0,1	100,0	2.464
Lebih rendah dari suami	68,7	26,5	4,7	0,1	0,0	100,0	9.178	40,9	48,0	11,1	0,0	0,0	100,0	9.178
Sama dengan suami	54,4	38,6	6,9	0,0	0,0	100,0	2.940	35,9	53,2	10,8	0,0	0,0	100,0	2.940
Suami tidak memiliki pendapatan atau tidak bekerja	78,1	20,0	1,8	0,0	0,0	100,0	243	na	na	na	na	na	na	0
Wanita bekerja tetapi tidak berpenghasilan	na	na	na	na	na	na	0	36,2	50,0	13,5	0,2	0,1	100,0	5.919
Wanita tidak bekerja	na	na	na	na	na	na	0	44,9	42,8	12,0	0,1	0,1	100,0	12.209
Tidak tahu/tidak terjawab	47,6	19,6	4,5	0,5	27,8	100,0	409	29,1	48,1	16,7	1,9	4,1	100,0	409
Jumlah	65,3	28,5	5,3	0,1	0,8	100,0	15.233	41,4	46,3	12,0	0,1	0,1	100,0	33.118

na = Tidak berlaku

[1] Termasuk kasus di mana wanita tidak mengetahui apakah pendapatannya lebih tinggi atau lebih rendah dibanding suaminya

13.3 KEPEMILIKAN ASET PRIA DAN WANITA

Kepemilikan barang, khususnya barang berharga, memiliki banyak efek yang menguntungkan bagi rumah tangga, termasuk perlindungan terhadap masalah keuangan. Dari perspektif wanita, kepemilikan atas barang pribadi memungkinkan mereka berdaya secara ekonomi dan memberikan perlindungan dalam kasus perceraian. SDKI tahun 2012 mengumpulkan informasi mengenai kepemilikan barang antara pria dan wanita (sendiri, bersama-sama, dan sendirian dan bersama-sama) dari dua aset bernilai tinggi, yaitu, tanah dan rumah.

Tabel 13.4.1 menunjukkan bahwa kurang dari separuh jumlah wanita umur 15-49 memiliki rumah, yang mayoritas kepemilikannya bersama-sama dengan orang lain. Proporsi kepemilikan lahan agak sedikit rendah; 41 persen wanita memiliki lahan baik sendiri ataupun bersama dengan orang lain. Kepemilikan wanita atas rumah dan lahan meningkat seiring dengan bertambahnya umur. Wanita yang tinggal di perdesaan lebih suka memiliki rumah dan lahan daripada wanita di perkotaan. Persentase tertinggi untuk kepemilikan kedua aset adalah wanita yang tidak memiliki pendidikan atau tidak tamat SD. Aset yang dimiliki wanita secara konsisten tidak berbeda pada tiap kuintil kekayaan.

Tabel 13.4.1 Kepemilikan Barang : Wanita

Distribusi persentase wanita umur 15-49 menurut kepemilikan rumah dan tanah, berdasarkan pada karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik Latar belakang	Persentase yang memiliki rumah :						Persentase yang memiliki tanah :						
	Sendiri	Bersama	Sendiri dan bersama	Persentase yang tidak memiliki rumah	Tidak terjawab	Jumlah	Sendiri	Bersama	Sendiri dan bersama	Persentase yang tidak memiliki tanah	Tidak terjawab	Jumlah	Jumlah
Umur													
15-19	1,2	4,0	0,4	94,3	0,0	100,0	1,6	2,9	0,3	95,1	0,1	100,0	6.927
20-24	4,2	14,8	1,3	79,7	0,1	100,0	5,0	12,1	1,2	81,5	0,1	100,0	6.305
25-29	10,9	28,7	2,4	57,8	0,2	100,0	11,8	23,0	2,1	62,9	0,1	100,0	6.959
30-34	14,5	41,0	3,3	41,2	0,0	100,0	13,3	32,8	2,6	51,2	0,3	100,0	6.876
35-39	17,4	47,3	3,9	31,2	0,1	100,0	16,4	36,8	3,7	43,0	0,1	100,0	6.882
40-44	23,5	50,0	3,8	22,6	0,1	100,0	20,7	39,1	3,7	36,5	0,1	100,0	6.252
45-49	24,3	51,8	4,8	19,1	0,1	100,0	20,6	40,1	4,6	34,4	0,3	100,0	5.407
Daerah tempat tinggal													
Perkotaan	12,9	27,7	2,9	56,4	0,1	100,0	11,4	21,3	2,3	64,9	0,2	100,0	23.805
Perdesaan	13,8	39,4	2,7	44,0	0,1	100,0	13,6	31,6	2,8	51,8	0,1	100,0	21.802
Pendidikan													
Tidak sekolah	21,8	46,1	4,5	27,5	0,0	100,0	16,4	37,1	3,9	42,4	0,2	100,0	1.500
Tidak tamat SD	20,5	47,1	3,5	28,8	0,1	100,0	16,8	36,8	3,4	43,0	0,1	100,0	4.870
Tamat SD	17,1	44,4	2,9	35,5	0,1	100,0	15,9	32,6	2,5	48,8	0,2	100,0	10.254
Tidak tamat SMTA	9,7	26,4	2,3	61,6	0,0	100,0	9,5	21,2	2,2	67,0	0,1	100,0	12.753
Tamat SMTA	10,8	26,7	2,6	59,8	0,1	100,0	10,5	21,8	2,3	65,2	0,1	100,0	10.677
Perguruan Tinggi[1]	11,1	26,2	2,8	59,7	0,2	100,0	12,0	22,2	2,8	62,7	0,3	100,0	5.552
Kuintil kekayaan													
Terendah	13,1	38,1	2,6	46,1	0,1	100,0	11,5	29,6	2,6	56,1	0,2	100,0	7.767
Menengah ke bawah	13,3	32,8	2,1	51,8	0,1	100,0	12,6	25,1	2,1	60,1	0,1	100,0	8.784
Menengah	12,2	32,0	2,9	52,9	0,0	100,0	12,2	24,5	2,1	61,2	0,0	100,0	9.243
Menengah ke atas	13,0	30,6	2,7	53,6	0,1	100,0	11,7	24,0	2,7	61,6	0,1	100,0	9.743
Tertinggi	15,0	34,0	3,5	47,3	0,2	100,0	14,3	28,4	3,1	53,9	0,3	100,0	10.071
Jumlah	13,3	33,3	2,8	50,4	0,1	100,0	12,5	26,2	2,5	58,6	0,1	100,0	45.607

na = Tidak berlaku

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Seperti ditunjukkan pada Tabel 13.4.2, 68 persen pria berstatus menikah umur 15-54 tahun memiliki rumah sendiri, sekitar setengahnya memiliki bersama-sama dengan orang lain. Seperti halnya pada semua wanita umur 15-49 tahun, pria berstatus menikah tidak terlalu menyukai memiliki lahan daripada rumah dan lahan; 58 persen mengatakan memiliki lahan, di mana setengahnya dimiliki bersama-sama dengan orang lain. Kemudian, sama halnya dengan wanita, pria berstatus menikah kepemilikan kedua asetnya meningkat seiring dengan bertambahnya umur, di mana pada umumnya terjadi pada penduduk perdesaan daripada penduduk perkotaan, dan cukup tinggi terjadi pada mereka yang tidak berpendidikan daripada mereka yang berpendidikan.

Tabel 13.4.2 Kepemilikan Barang: Pria

Distribusi persentase pria umur 15-54 menurut kepemilikan rumah dan tanah, berdasarkan pada karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Persentase yang memiliki rumah:						Persentase yang memilki tanah :						
	Sendiri	Bersama	Sendiri dan bersama	Persentase yang tidak memiliki rumah	Tidak terjawab	Jumlah	Sendiri	Bersama	Sendiri dan bersama	Persentase yang tidak memiliki tanah	Tidak terjawab	Jumlah	Jumlah
Umur													
15-19	(7,9)	(1,7)	(5,1)	(85,2)	0,0	100,0	(16,4)	(3,8)	(5,1)	(74,7)	0,0	100,0	28
20-24	11,4	13,7	0,9	73,9	0,0	100,0	11,2	11,4	1,1	76,3	0,0	100,0	345
25-29	19,5	17,2	1,2	62,0	0,1	100,0	18,8	15,2	0,6	65,1	0,2	100,0	1.127
30-34	24,7	24,4	1,7	49,0	0,2	100,0	21,0	21,3	1,3	56,2	0,2	100,0	1.674
35-39	34,9	34,9	1,4	28,7	0,1	100,0	28,5	29,2	1,2	40,4	0,6	100,0	1.775
40-44	37,4	39,6	2,6	20,2	0,1	100,0	31,4	34,3	3,3	31,0	0,0	100,0	1.693
45-49	40,3	43,6	1,7	14,1	0,3	100,0	35,5	34,5	1,3	28,5	0,2	100,0	1.371
50-54	38,8	47,6	3,7	9,6	0,4	100,0	33,3	39,0	3,0	24,2	0,5	100,0	1.292
Daerah tempat tinggal													
Perkotaan	26,3	34,5	1,5	37,5	0,2	100,0	21,6	28,7	1,3	48,2	0,2	100,0	4.739
Perdesaan	38,1	33,2	2,5	26,0	0,2	100,0	33,7	28,2	2,3	35,5	0,3	100,0	4.567
Pendidikan													
Tidak sekolah	41,1	39,3	3,3	15,0	1,3	100,0	31,5	30,2	4,9	32,1	1,4	100,0	265
Tidak tamat SD	39,8	42,8	2,3	14,9	0,2	100,0	34,2	31,1	1,8	32,7	0,2	100,0	1.371
Tamat SD	35,6	34,7	2,2	27,3	0,3	100,0	29,0	29,7	1,3	39,9	0,1	100,0	2.118
Tidak tamat SMTA	26,0	31,5	2,0	40,2	0,2	100,0	23,8	26,1	2,0	47,6	0,4	100,0	1.979
Tamat SMTA	27,1	29,4	1,4	42,0	0,1	100,0	23,6	26,2	1,3	48,7	0,2	100,0	2.453
Perguruan Tinggi[1]	35,3	34,0	2,4	28,3	0,0	100,0	31,0	31,4	2,6	34,7	0,2	100,0	1.119
Kuintil kekayaan													
Terrendah	40,8	28,9	2,7	27,2	0,3	100,0	36,1	23,8	2,1	37,9	0,1	100,0	1.596
Menengah ke bawah	33,0	29,5	2,2	35,1	0,2	100,0	28,8	24,0	1,4	45,6	0,2	100,0	1.866
Menengah	30,7	33,6	1,5	34,0	0,2	100,0	26,4	28,7	1,7	43,1	0,1	100,0	2.008
Menengah ke atas	26,3	35,4	1,8	36,4	0,1	100,0	21,5	28,7	1,3	48,0	0,4	100,0	1.962
Tertinggi	31,0	41,1	2,0	25,7	0,2	100,0	26,5	36,2	2,6	34,2	0,5	100,0	1.875
Jumlah	32,0	33,9	2,0	31,9	0,2	100,0	27,5	28,4	1,8	42,0	0,3	100,0	9.306

na = Tidak berlaku

Tanda kurung menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang (*unweighted)*.

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel Lampiran A.13.2.1 dan 13.2.2 memperlihatkan informasi tentang kepemilikan aset pria dan wanita menurut provinsi.

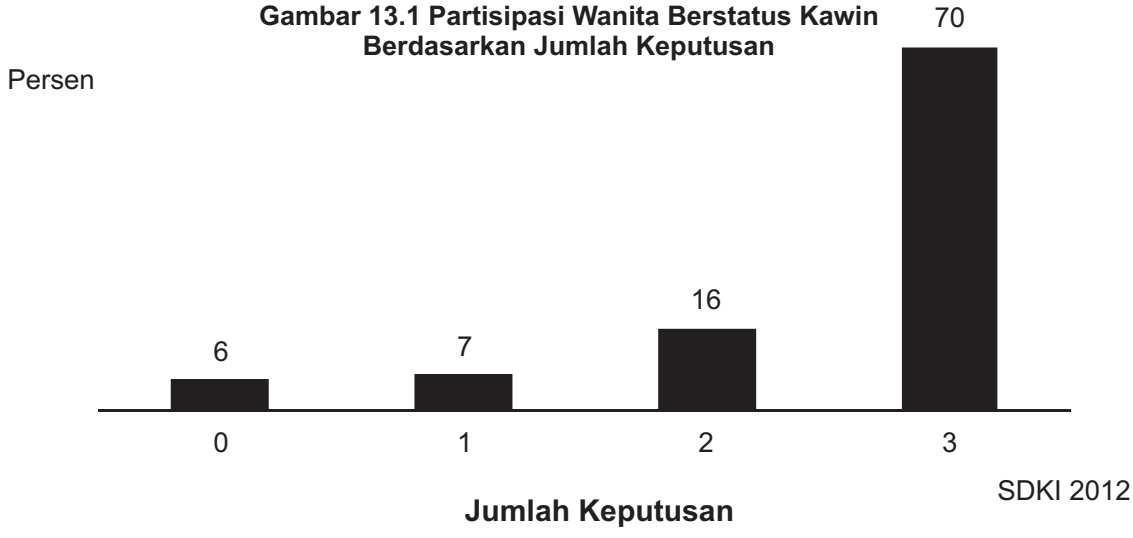
13.4 PARTISIPASI DALAM PENGAMBILAN KEPUTUSAN

SDKI 2012 terdiri dari sejumlah pertanyaan yang di desain untuk melihat perbedaan gender dalam pengambilan keputusan dalam rumah tangga. Informasi yang dikumpulkan dari wanita tentang partisipasi dalam keputusan-keputusan mengenai perawatan kesehatan mereka, pembelian kebutuhan rumah tangga, dan kunjungan ke keluarga atau kerabat. Pada pria berstatus kawin juga ditanya tentang partisipasi dalam pengambilan keputusan tentang perawatan kesehatan dan pembelian kebutuhan rumah tangga.

Bagi wanita, kemampuan untuk membuat keputusan yang mempengaruhi kehidupan pribadi mereka merupakan aspek penting dari pemberdayaan dan berfungsi sebagai kontributor penting bagi kesejahteraan mereka secara keseluruhan. Tabel 13.5 menunjukkan 8 dari 10 wanita berstatus menikah umur 15-49 tahun berpartisipasi dalam memutuskan perawatan kesehatan mereka (83 persen), pembelian kebutuhan rumah tangga (82 persen), dan kunjungan ke keluarga atau kerabat (86 persen). Persentase tertinggi wanita yang mengatakan mereka mengambil keputusan sendiri adalah pada perawatan kesehatan (34 persen) dan terendah pada kunjungan ke keluarga (14 persen).

Jumlah keputusan di mana seorang wanita terlibat dalam pengambilan keputusan memberikan gambaran tingkat kontrol wanita dalam rumah tangga yang nantinya akan mempengaruhi kehidupan dan lingkungan mereka, dan secara positif berkaitan dengan pemberdayaan perempuan. Grafik 13.1 memperlihatkan distribusi wanita menurut jumlah keputusan yang diambil, di mana mereka berpartisipasi sendiri atau bersama dengan suami. Berdasarkan informasi yang diperoleh dalam SDKI, hanya sedikit persentase perempuan yang tidak terlibat dalam pembuatan berbagai keputusan.

Gambar 13.1 Partisipasi Wanita Berstatus Kawin Berdasarkan Jumlah Keputusan



Sehubungan dengan partisipasi pria dalam pengambilan keputusan di rumah tangga, Tabel 13.5 memperlihatkan sebagian besar pria yang berstatus menikah memutuskan tentang perawatan kesehatan atau tentang kebutuhan rumah tangga, sendiri atau bersama dengan istri (sekitar 71 persen dan 77 persen). Pria berstatus kawin cenderung mengatakan bahwa istri mereka yang membuat keputusan utama sehubungan dengan perawatan kesehatan dan pembelian alat rumah tangga daripada wanita berstatus kawin yang mengatakan suami yang membuat keputusan utama tipe tersebut. Sebagai contoh, 28 persen pria menyatakan istri yang membuat keputusan utama tentang perawatan kesehatan pria, sementara hanya 16 persen wanita yang menyatakan suami yang membuat keputusan utama tentang perawatan kesehatan perempuan.

Tabel 13.5 Partisipasi dalam pengambilan keputusan

Distribusi persentase wanita berstatus kawin umur 15-49 dan pria berstatus kawin umur 15-54 menurut orang yang biasanya mengambil keputusan tantang berbagai hal, Indonesia 2012

Keputusan	Terutama istri	Istri bersama-sama suami	Terutama suami	Orang lain	Lainnya	Tidak terjawab	Jumlah	Jumlah wanita
			WANITA					
Perawatan kesehatan pribadi	34,0	49,3	16,2	0,2	0,2	0,1	100,0	33.465
Pembelian kebutuhan utama rumah tangga	19,4	62,3	17,5	0,3	0,2	0,2	100,0	33.465
Berkunjung ke keluarga atau kerabat	13,8	72,1	13,7	0,1	0,1	0,2	100,0	33.465
			PRIA					
Perawatan kesehatan pribadi	28,1	45,3	26,0	0,4	0,1	0,1	100,0	8.014
Pembelian kebutuhan utama rumah tangga	23,1	62,7	13,8	0,3	0,0	0,0	100,0	8.014

Tabel 13.6.1 menunjukan bagaimana partisipasi wanita dalam pengambilan keputusan bervariasi menurut karakteristik latar belakang. Tabel 13.6.1 memperlihatkan persentase wanita berstatus kawin umur 15-49 tahun yang berpartisipasi dalam setiap keputusan, persentase yang terlibat dalam pengambilan ketiga keputusan, dan persentase yang tidak terlibat dalam pengambilan ketiga keputusan. Persentase tertinggi dalam pengambilan keputusan adalah wanita dengan tingkat pendidikan perguruan tinggi (77 persen) dan wanita dengan tingkat kesejahteraan tertinggi (75 persen). Wanita dalam katagori ini juga paling sedikit berpartisipasi pada keputusan-keputusan yang ada (4 persen setiap keputusannya).

Tabel 13.6.1 Partisipasi wanita dalam pengambilan keputusan menurut latar belakang karakteristik

Persentase wanita berstatus kawin umur 15-49 yang biasanya membuat keputusan yang spesifik baik sendiri maupun bersama-sama dengan suaminya, menurut karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Keputusan yang spesifik					
Karakteristik Latar belakang	Perawatan kesehatan pribadi wanita	Pembelian kebutuhan utama rumah tangga	Berkunjung ke keluarga atau kerabat	Persentase yang berpartisipasi dalam ketiga keputusan	Persentase yang tidak berpartisipasi dalam ketiga keputusan	Jumlah wanita
Umur						
15-19	75,9	80,0	80,9	62,6	8,7	890
20-24	81,4	80,0	83,9	67,6	7,0	3.754
25-29	83,7	82,8	85,5	71,0	5,4	6.000
30-34	84,8	82,3	85,9	70,4	5,1	6.285
35-39	84,2	83,4	87,3	72,7	5,7	6.331
40-44	83,6	80,4	86,4	70,3	6,0	5.572
45-49	82,2	80,6	86,7	69,8	6,5	4.633
Bekerja (12 bulan terakhir)						
Tidak bekerja	82,3	80,5	85,0	69,2	6,5	12.281
Bekerja untuk mendapatkan uang	85,0	83,5	87,0	72,6	5,3	15.233
Bekerja tidak untuk mendapat uang	81,1	79,9	85,2	66,8	6,3	5.920
Tidak terjawab	88,5	77,2	85,6	67,3	4,8	30
Jumlah anak lahir hidup						
0	80,8	82,6	86,6	70,5	6,5	2.737
1-2	83,6	82,2	86,2	70,7	5,6	20.236
3-4	83,8	80,9	85,6	70,1	6,3	8.474
5+	82,0	79,5	83,5	67,5	7,2	2.019
Daerah tempat tinggal						
Perkotaan	85,4	83,1	87,2	72,4	4,9	16.466
Perdesaan	81,3	80,4	84,8	68,3	6,9	16.999
Pendidikan						
Tidak sekolah	80,6	77,7	83,8	67,2	8,7	1.209
Tidak tamat SD	79,0	78,2	82,2	65,3	8,7	4.185
Tamat SD	82,2	80,3	84,8	68,0	6,3	9.045
Tidak tamat SMTA	83,3	82,3	86,1	70,2	5,4	7.912
Tamat SMTA	85,2	83,3	87,7	73,3	5,1	7.760
Perguruan Tinggi[1]	88,4	86,5	90,2	77,4	3,6	3.353
Kuintil kekayaan						
Terendah	80,0	79,1	82,4	66,5	7,9	5.966
Menengah ke bawah	81,4	79,9	84,5	67,8	7,0	6.614
Menengah	84,3	82,7	85,6	71,0	5,7	6.864
Menengah ke atas	83,4	82,8	86,9	71,2	5,6	7.218
Tertinggi	87,0	83,7	89,8	74,5	3,6	6.803
Jumlah	83,3	81,7	85,9	70,3	5,9	33.465

Catatan: Jumlah termasuk 30 wanita yang tidak memiliki informasi tentang pekerjaan

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel 13.6.2 menunjukkan bahwa partisipasi pria berstatus kawin (sendiri atau bersama-sama) dalam dua jenis keputusan - perawatan kesehatan dan melakukan pembelian kebutuhan rumah tangga - berdasarkan karakteristik latar belakang. Tabel tersebut memperlihatkan bahwa 59 persen pria berstatus kawin berpartisipasi dalam kedua keputusan tersebut, dan 12 persen tidak berpartisipasi sama sekali. Partisipasi pria berstatus kawin tertinggi pada pria dengan tingkat pendidikan SMTA plus sementara pria yang bekerja dan tidak berpendidikan yang kemungkinannya paling besar untuk tidak berpartisipasi dalam setiap keputusan.

Tabel 13.6.2 Partisipasi pria dalam pengambilan keputusan menurut karakteristik latar belakang

Persentase pria berstatus kawin umur 15-49 yang biasanya membuat keputusan yang spesifik baik sendiri maupun bersama-sama dengan istri, berdasarkan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

Karakteristik Latar belakang	Keputusan yang spesifik: Kesehatan pribadi pria	Keputusan yang spesifik: Pembelian kebutuhan utama rumah tangga	Kedua keputusan	Tak satupun dari kedua keputusan tersebut	Jumlah pria
Umur					
15-19	76,2	54,5	48,4	17,8	28
20-24	72,7	75,5	59,9	11,7	345
25-29	70,8	76,9	59,7	12,0	1.127
30-34	71,6	77,8	59,8	10,4	1.674
35-39	74,2	75,8	61,0	11,0	1.775
40-44	70,5	78,4	59,2	10,3	1.693
45-49	67,9	74,0	55,8	13,9	1.371
50-54	67,7	74,1	57,8	16,0	1.292
Bekerja (12 bulan terakhir)					
Tidak bekerja	63,8	62,4	50,4	24,1	70
Bekerja untuk mendapat uang	69,9	76,2	58,2	12,1	8.538
Bekerja tidak untuk mendapat uang	82,4	77,2	69,9	10,3	694
Jumlah anak lahir hidup					
0	75,5	79,2	64,4	9,6	738
1-2	70,3	76,7	58,7	11,7	5.517
3-4	71,8	75,4	59,7	12,5	2.453
5+	65,2	71,5	53,2	16,4	598
Daerah tempat tinggal					
Perkotaan	70,6	75,7	58,7	12,3	4.739
Perdesaan	71,0	76,7	59,4	11,7	4.567
Pendidikan					
Tidak sekolah	63,3	67,1	51,4	21,0	265
Tidak tamat SD	63,5	71,2	51,2	16,4	1.371
Tamat SD	68,5	75,8	56,8	12,4	2.118
Tidak tamat SMTA	73,4	77,7	62,4	11,3	1.979
Tamat SMTA	72,4	76,8	60,1	10,9	2.453
Perguruan Tinggi[1]	77,6	81,1	66,3	7,5	1.119
Kuintil kekayaan					
Terendah	69,3	71,8	55,8	14,7	1.596
Menengah ke bawah	67,3	73,9	55,4	14,3	1.866
Menengah	71,6	75,6	58,9	11,6	2.008
Menengah ke atas	72,0	79,2	62,6	11,4	1.962
Tertinggi	73,4	79,7	61,9	8,8	1.875
Jumlah	70,8	76,2	59,0	12,0	9.306

Catatan: Jumlah termasuk 4 pria yang tidak memiliki informasi tentang pekerjaan

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel appendix A.13.3.1 dan 1.13.3.2 memperlihatkaan partisipasi pria dan wanita dalam pengambilan keputusan menurut provinsi.

13.5 SIKAP TERHADAP PEMUKULAN ISTRI

SDKI 2012 mengumpulkan informasi dari wanita berstatus kawin yang dikondisikan pada situasi suami diperbolehkan untuk memukul istri mereka. Tabel 13.7.1 memperlihatkan persentase wanita umur 15-49 tahun yang setuju bahwa suami dibenarkan/diperbolehkan memukul istri mereka karena alasan tertentu berdasarkan latar belakang karakteristik. Alasan yang paling banyak diterima untuk memukul istri adalah mengabaikan anak (27 persen), kemudian diikuti dengan pergi tanpa izin suami (24 persen). Kurang dari 10 wanita (9 persen) setuju bahwa menolak berhubungan seksual adalah alasan yang

dibenarkan untuk memukul istri. Enam persen wanita setuju bahwa berdebat dengan suami adalah alasan yang diterima bahwa seorang pria dapat memukul istrinya, dan 3 persen wanita setuju suami dibenarkan memukul istri ketika dia menghanguskan makanan. Secara keseluruhan, sepertiga dari semua wanita umur 15-49 tahun setuju bahwa suami dibenarkan memukul istrinya paling tidak karena satu alasan.

Tabel 13.7.1 Sikap pada pemukulan terhadap istri : Wanita

Persentase dari semua wanita umur 15-49 yang menyetujui tindakan suami melakukan pemukulan terhadap istri untuk alasan tertentu, berdasarkan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Suami dibenarkan melakukan pemukulan terhadap istri jika :						
Karakteristik Latar belakang	Gosong dalam memasak	Membantah suami	Pergi tanpa pamit	Menelantarkan anak	Menolak berhubungan intim	Persentase yang menyetujui dengan paling tidak satu alasan tertentu	Jumlah
Umur							
15-19	3,2	7,3	27,5	36,8	10,6	44,9	6.927
20-24	2,9	6,5	26,3	31,6	9,9	39,3	6.305
25-29	2,0	5,4	25,3	29,5	8,8	36,1	6.959
30-34	2,2	4,8	24,3	25,8	8,7	32,8	6.876
35-39	2,1	5,2	22,0	23,4	8,3	30,3	6.882
40-44	2,7	4,8	21,9	22,4	8,3	29,4	6.252
45-49	2,9	5,7	20,1	19,7	7,7	26,6	5.407
Bekerja (12 bulan terakhir)							
Tidak bekerja	2,4	5,7	24,7	28,9	8,7	36,3	17.715
Bekerja untuk mendapat uang	2,2	4,8	22,2	25,2	8,5	31,9	20.855
Bekerja tidak untuk mendapat uang	4,0	8,4	28,2	29,5	11,0	37,8	6.984
Tidak terjawab	0,5	3,4	9,8	7,2	0,5	14,1	53
Jumlah anak lahir hidup							
0	2,7	6,1	23,4	30,2	9,1	37,6	12.896
1-2	2,2	4,9	24,1	26,9	8,5	33,8	21.465
3-4	2,8	6,2	24,6	24,8	9,4	31,9	9.053
5+	4,4	8,2	25,4	24,3	10,3	33,5	2.193
Status perkawinan							
Tidak pernah menikah	2,7	6,2	23,0	31,2	9,0	38,5	9.919
Menikah atau hidup bersama	2,5	5,4	24,3	26,4	8,8	33,5	33.465
Cerai/berpisah/janda	3,3	7,2	23,9	23,9	11,2	30,9	2.223
Daerah tempat tinggal							
Perkotaan	1,3	3,7	19,3	23,8	6,6	29,8	23.805
Perdesaan	4,0	7,8	29,2	31,0	11,4	39,5	21.802
Pendidikan							
Tidak sekolah	3,8	9,2	19,8	19,9	8,4	26,6	1.500
Tidak tamat SD	4,8	8,0	25,4	25,7	10,5	33,3	4.870
Tamat SD	3,5	6,6	27,6	28,1	11,1	36,5	10.254
Tidak tamat SMTA	2,5	6,3	27,5	32,4	9,3	40,1	12.753
Tamat SMTA	1,5	3,9	21,4	25,3	7,4	32,1	10.677
Perguruan Tinggi[1]	0,7	2,9	14,7	21,1	5,9	25,5	5.552
Kuintil kekayaan							
Terendah	5,9	11,1	32,2	33,7	12,7	42,2	7.767
Menengah ke bawah	3,2	7,0	28,2	30,0	11,0	38,2	8.784
Menengah	2,4	5,5	24,4	28,0	9,6	35,4	9.243
Menengah ke atas	1,2	3,4	19,9	24,5	6,7	31,3	9.743
Tertinggi	0,8	2,7	17,8	21,9	5,8	27,5	10.071
Jumlah	2,5	5,7	24,0	27,3	8,9	34,5	45.607

Catatan: Jumlah termasuk 53 wanita yang tidak memiliki informasi tentang pekerjaan

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Latar belakang umur dan tingkat kesejahteraan wanita adalah yang paling kuat hubungannya dengan penerimaan pemukulan terhadap istri. Sebagai contoh, proporsi wanita yang membenarkan seorang suami memukul istrinya paling tidak karena satu alasan yang ditunjukkancenderung menurun oleh Tabel 13.7.1 seiring dengan meningkatnya umur wanita, yaitu dari 45 persen pada wanita umur 15-19 tahun menjadi 27 persen pada wanita umur 45-49 tahun. Hal ini juga terjadi pada penerimaan wanita bahwa memukul istri paling tidak karena suatu situasi cenderung menurun seiring dengan meningkatnya kuintil kekayaan, dari 42 persen pada kuintilm terendah menjadi 28 persen pada kuintil tertinggi. Wanita yang tinggal di perkotaan cenderung lebih sedikit setuju bahwa memukul istri dibenarkan dalam situasi tertentu daripada wanita perdesaan. Tabel 13.7.2 memperlihatkan informasi tingkat penerimaan pria berstatus kawin tentang memukul istri karena berbagai alasan. Secara keseluruhan, pria tampaknya kurang setuju pemukulan terhadap istri dibandingkan dengan pendapat wanita. Hanya 17 persen pria berstatus menikah 15-54 tahun setuju bahwa suami dibenarkan memukul istrinya paling tidak karena salah satu alasan dibandingkan dengan 34 persen pada wanita berstatus kawin 15-49 tahun (Tabel 13.7.1). Sama halnya dengan wanita, pria cenderung lebih setuju memukul istri dibenarkan jika wanita mengabaikan anak atau pergi keluar tanpa izin dari suami (masing-masing 12 persen). Pola yang sama terdapat pada wanita, persentase menyetujui pemukulan terhadap wanita diterima karena berbagai situasi yang berhubungan negatif dengan umur dan kuintil kekayaan pria, dan tertinggi pada pria yang tinggal di perkotaan dibandingkan pria di perdesaan.

Tabel 13.7.2 Sikap pada pemukulan terhadap istri : Pria

Persentase semua pria umur 15-54 yang menyetujui tindakan suami melakukan pemukulan terhadap istri karena alasan tertentu, berdasarkan karakteristik latar belakang, Indonesia 2012

	Suami dibenarkan melakukan pemukulan terhadap istri, Jika:						
Karakteristik Latar belakang	Gosong dalam memasak	Membantah suami	Pergi tanpa pamit	Menelantarkan anak	Menolak berhubungan intim	Persentase yang menyetujui dengan paling tidak satu alasan tertentu	Jumlah
Umur							
15-19	0,0	7,3	26,3	29,1	12,1	48,4	28
20-24	0,8	4,2	11,3	17,5	3,0	22,9	345
25-29	0,2	5,7	14,6	16,5	3,8	22,6	1.127
30-34	1,3	3,3	11,2	13,9	3,2	18,4	1.674
35-39	1,1	3,0	13,5	13,1	3,5	19,5	1.775
40-44	0,6	2,7	12,2	10,4	3,3	16,4	1.693
45-49	0,9	2,7	10,0	8,1	1,9	13,5	1.371
50-54	0,8	3,3	9,0	7,5	2,9	11,3	1.292
Bekerja (12 bulan terakhir)							
Tidak bekerja	0,0	4,6	2,3	3,8	2,6	6,3	70
Bekerja untuk mendapat uang	0,8	3,2	11,6	11,9	3,0	17,2	8.538
Bekerja tidak untuk mendapat uang	1,3	5,6	14,7	11,7	4,6	20,0	694
Jumlah anak lahir hidup							
0	0,4	3,0	10,2	11,3	1,8	16,1	738
1-2	0,8	3,1	11,8	12,3	3,3	17,8	5.517
3-4	1,0	3,6	12,0	11,1	3,3	16,5	2.453
5+	0,8	5,5	12,7	12,2	3,1	18,0	598
Daerah tempat tinggal							
Perkotaan	0,5	2,0	10,2	9,9	1,9	14,7	4.739
Perdesaan	1,3	4,8	13,4	14,0	4,4	20,0	4.567
Pendidikan							
Tidak sekolah	2,1	8,1	11,5	12,8	5,7	17,2	265
Tidak tamat SD	1,6	5,3	13,2	13,3	5,1	19,4	1.371
Tamat SD	1,1	3,2	13,4	11,6	3,3	18,0	2.118
Tidak tamat SMTA	0,5	3,1	13,0	13,6	2,8	19,1	1.979
Tamat SMTA	0,7	2,6	10,5	11,5	2,8	16,6	2.453
Perguruan Tinggi[1]	0,2	2,3	7,8	8,2	1,0	11,8	1.119
Kuintil kekayaan							
Terendah	1,9	7,4	15,4	15,5	5,4	22,8	1.596
Menengah ke bawah	0,8	4,0	13,8	14,4	3,7	19,9	1.866
Menengah	0,6	2,9	12,5	12,5	3,1	18,2	2.008
Menengah ke atas	0,4	1,7	9,4	9,7	1,7	14,4	1.962
Tertinggi	0,7	1,6	8,5	7,8	2,2	12,1	1.875
Jumlah	0,8	3,4	11,8	11,9	3,1	17,3	9.306

catatan: Jumlah termasuk empat pria yang yang tidak memiliki informasi tentang pekerjaan

[1] Perguruan Tinggi adalah: Diploma, S1/S2/S3

Tabel appendix A.13.4.1 dan 13.4.2 memperlihatkan sikap pria dan wanita terhadap pemukulan istri menurut provinsi.

13.6 INDIKATOR PEMBERDAYAAN WANITA

Pemberdayaan wanita memiliki implikasi penting bagi hasil (*outcomes)* demografi dan kesehatan, termasuk wanita dalam keluarga berencana dan pelayanan kesehatan maternal. Dua indeks pemberdayaan wanita digunakan untuk melihat hubungan antara demografi dan kesehatan dengan pemberdayaan wanita. Indeks yang pertama adalah jumlah keputusan tentang partisipasi wanita kawin tentang pengambilan

keputusan sendiri atau bersama dengan suami (lihat Tabel 13.6.1 untuk daftar keputusan). Indeks ini antara 0 (tidak berpartisipasi dalam memutuskan ketiga keputusan tersebut) sampai 3 (berpartisipasi mengambil keputusan pada ketiga keputusan). Angka ini menggambarkan tingkat kontrol yang mempengaruhi hidup wanita, sehingga nilai tertinggi diasumsikan berhubungan dengan tingkat pemberdayaan tertinggi. Indeks yang kedua adalah jumlah alasan pemukulan terhadap istri dibenarkan (lihat Tabel 13.7.1 untuk daftar alasan). Indeks ini antara 0 (tidak ada alasan yang disetujui) sampai dengan 5 (setuju dengan kelima alasan). Nilai indeks yang rendah dianggap berhubungan dengan perlunya pemberdayaan.

Tabel 13.8 menunjukkan hubungan indeks-indeks tersebut satu sama lain. Persentase wanita yang tidak setuju dengan semua alasan yang membenarkan pemukulan terhadap istri tidak meningkat seiring dengan jumlah keputusan dalam rumah tangga yang wanita diharapkan berpartisipasi; disamping itu, persentase yang sama antara pria dan wanita yang tidak satu pun berpartisipasi pada semua keputusan rumah tangga (69 persen) dan pada ketiga keputusan rumah tangga (69 persen), dan perlahan menurun pada wanita yang berpartisipasi pada satu atau dua keputusan. Persentase wanita yang berpartisipasi dalam ketiga keputusan rumah tangga umumnya mengikuti pola yang diharapkan dan menurun seiring dengan meningkatnya jumlah alasan yang membenarkan memukul istri; namun, perbedaan di antara angka indeks pemukulan terhadap istri tidak terlalu besar, dan persentase wanita yang berpartisipasi dalam semua keputusan rumah tangga sedikit lebih tinggi diantara wanita yang setuju pria dibenarkan memukul istrinya untuk kelima alasan daripada wanita yang setuju pada tiga atau empat situasi (masing-masing adalah 65 persen dan 63 persen).

Tabel 13.8 Indikator pemberdayaan wanita

Persentase wanita berstatus kawin umur 15-49 yang ikut berpartisipasi dalam membuat semua keputusan dan persentase yang tidak setuju dengan semua alasan yang membenarkan pemukulan terhadap istri, berdasarkan nilai pada masing-masing indikator pemberdayaan perempuan, Indonesia 2012

Indikator pemberdayaan	Persentase yang berpartisipasi dalam pengambilan semua keputusan	Persentase yang tidak setuju dengan semua alasan pada pemukulan terhadap istri	Jumlah wanita
Jumlah keputusan di mana wanita ikut berpartisipasi[1]			
0	na	68,8	1.982
1-2	na	59,5	7.951
3	na	68,6	23.532
Jumlah alasan yang membenarkan tindakan pemukulan terhadap istri[2]			
0	72,6	na	22.245
1-2	66,6	na	8.406
3-4	63,2	na	2.449
5	64,6	na	365

na = Tidak berlaku

[1] lihat Tabel 13,6,1 untuk daftar keputusan

[2] Lihat tabel 13,7,1 untuk daftar alasan

13.7 PEMBERDAYAAN WANITA DAN INDIKATOR KESEHATAN

Keinginan dan kemampuan wanita untuk mengontrol kelahiran, keinginan untuk melahirkan, dan pelayanan kesehatan yang digunakannya yang berpengaruh pada status wanita dalam rumah tangga, gambaran terhadap dirinya sendiri *(self image)*, dan kemampuannya dalam memberdayakan diri sendiri. Bagian dari laporan ini menjelaskan dua indikator pemberdayaan wanita yang disusun dari data SDKI mengenai partisipasi wanita dalam pengambilan keputusan dan sikap wanita terhadap pemukulan istri terkait dengan sejumlah ukuran demografi dan kesehatan, termasuk kontrasepsi yang digunakan oleh

wanita, jumlah anggota keluarga yang diinginkan, dan pelayanan kesehatan reproduksi yang digunakan dan tingkat kematian bayi.

Tabel 13.9 memperlihatkan distribusi persentase wanita berstatus menikah umur 15-49 tahun menurut metode kontrasepsi yang digunakan saat ini berdasarkan kedua indikator pemberdayaan tersebut. Tidak satu pun baik indeks pengambilan keputusan maupun indeks pemukulan istri cukup kuat atau secara konsisten terkait dengan tingkat penggunaan kontrasepsi. Sebagai contoh, persentase pemakaian metode kontrasepsi diantara wanita yang tidak berpartisipasi dalam keputusan di salah satu wilayah yang menjadi sumber infomasi bahwa persentase kontrasepsi yang digunakan hampir sama diantara wanita yang berpartisipasi pada ketiga keputusan (masing-masing, 61 persen dan 62 persen).

Tabel 13.9 Penggunaan alat kontrasepsi menurut pemberdayaan perempuan

Distribusi persentase wanita berstatus kawin umur 15-49 menurut metode pemakaian alat kontrasepsi, berdasarkan indikator terpilih status wanita, Indonesia 2012

Indikator pemberdayaan	Beberapa cara	Beberapa cara modern	Cara modern				Cara tradisional	Saat ini tidak memakai	Jumlah	Jumlah wanita
			MOW	MOP	KB sementara[1]	Kondom				
Jumlah keputusan di mana wanita ikut berpartisipasi[2]										
0	60,9	58,0	3,5	0,4	53,5	0,7	2,9	39,1	100,0	1.982
1-2	61,7	58,2	3,0	0,0	53,5	1,6	3,5	38,3	100,0	7.951
3	62,0	57,7	3,3	0,2	52,4	1,9	4,3	38,0	100,0	23.532
Jumlah alasan yang membenarkan tindakan pemukulan terhadap istri[3]										
0	61,2	56,9	3,6	0,2	51,1	1,9	4,3	38,8	100,0	22.245
1-2	63,2	59,8	2,2	0,0	56,0	1,6	3,5	36,8	100,0	8.406
3-4	63,2	60,1	2,6	0,0	56,3	1,2	3,1	36,8	100,0	2.449
5	60,4	56,3	3,6	0,2	52,5	0,0	4,0	39,6	100,0	365
Jumlah	61,9	57,9	3,2	0,2	52,8	1,8	4,0	38,1	100,0	3.465

Keterangan : Jika menggunakan lebih dari 1 cara, hanya cara yang paling efektif saja yang dpakai dalam tabulasi ini,
[1] Pill, IUD, suntik, implan, kondom untuk wanita, diaphragm, foam/jelly dan metode amenorrhea laktasi
[2] lihat Tabel 13,6,1 untuk daftar keputusan
[3] Lihat tabel 13,7,1 Untuk daftar alasan,

Tabel 13.10 melihat dua ukuran keinginan wanita untuk memiliki anak, rata-rata jumlah anak yang ideal, dan kebutuhan yang tidak terpenuhi *(unmet need)* untuk pengaturan jarak dan pembatasan, yang berhubungan dengan indikator status wanita. Rata-rata jumlah ideal keluarga menurun seiring dengan jumlah alasan pembenaran pemukulan terhadap istri, hal ini mengindikasikan bahwa wanita yang lebih berdaya pada pengukuran ini cenderung menginginkan keluarga kecil dibandingkan wanita yang memiliki skor yang tinggi pada indeks. Namun, perbedaan di antara skor indikator pemukulan istri tidak terlalu besar, dan hubungan antara jumlah keluarga yang ideal dan indikator partisipasi tidak langsung. Kebutuhan yang tikdak terpenuhi *(unmet need)* tidak secara konsisten berhubungan dengan indikator partisipasi atau indikator pemukulan istri.

Tabel 13.10 Pemberdayaan Perempuan dan Jumlah Anak Ideal dan *Unmet need* untuk Keluarga Berencana

Rata-rata jumlah anak ideal pada wanita 15-49 tahun dan persentase wanita berstatus kawin umur 15-49 tahun dengan kebutuhan tidak terpenuhi (*unmet need)* untuk keluarga berencana, menurut indikator pemberdayaan perempuan, Indonesia 2012

Indikator pemberdayaan	Rata-Rata Jumlah Anak Ideal[1]	Jumlah Wanita	Persentase wanita berstatus kawin dengan *unmet need* untuk keluarga berencana[2]			Jumlah Wanita
			Menjaraki	Membatasi	Jumlah	
Jumlah keputusan di mana wanita ikut berpartisipasi[3]						
0	2,7	1.803	3,7	3,1	6,8	1.982
1-2	2,7	7.221	3,9	4,7	8,6	7.951
3	2,6	21.548	3,8	4,5	8,3	23.532
Jumlah alasan yang membenarkan tindakan pemukulan terhadap istri[4]						
0	2,5	27.203	3,5	4,6	8,2	22.245
1-2	2,6	10.950	4,5	4,4	8,9	8.406
3-4	2,8	3.101	4,0	3,5	7,5	2.449
5	2,9	429	3,5	3,3	6,7	365
Jumlah	2,6	41.683	3,8	4,5	8,3	33.465

[1] Rata-Rata diluar dari responden yang tidak memberikan jawaban
[2] Lihat tabel 7.21.1 untuk definisi *unmet need* untu keluarga berencana
[3] Terbatas pada wanita berstatus kawin. Lihat Tabel 13.6.1 untuk daftar keputusan
[4] Lihat Tabel 13.7.1 untuk daftar alasan.

Tabel 13.11 menunjukkan wanita yang berdaya cenderung lebih mudah mengakses pelayanan perawatan antenatal, persalinan, dan postnatal dari tenaga kesehatan medis yang terlatih. Pelayanan kesehatan telah menyebarluas di masyarakat, akan tetapi pemberdayaan wanita mungkin tidak mempengaruhi akses mereka terhadap pelayanan kesehatan reproduksi mereka. Namun dalam masyarakat lainnya, peningkatan pemberdayaan pada wanita cenderung meningkatkan kemampuan mereka untuk mencari dan menggunakan pelayanan kesehatan dari penyedia pelayanan kesehatan yang berkualitas untuk memenuhi tujuan kesehatan reproduksi mereka, termasuk tujuan untuk keselamatan ibu selama hamil dan bersalin.

Tabel 13.11 Kesehatan reproduksi menurut pemberdayaan wanita

Persentase wanita umur 15-49 yang lahir pada lima tahun sebelum survei yang menerima perawatan antenatal, pertolongan persalinan dan nifas dari tenaga medis untuk kelahiran terbaru berdasarkan indikator pemberdayaan wanita, Indonesia 2012

Indikator pemberdayaan	Persentase menerima perawatan antenatal dari tenaga medis[1]	Persentase menerima rawat jalan dari tenaga medis	Menerima perawatan nifas dari tenaga medis dengan dua hari pertama sejak rawat jalan[2]	Jumlah wanita yang melahirkan dalam lima tahun terakhir
Jumlah keputusan di mana wanita ikut berpartisipasi[3]				
0	91,6	81,9	75,8	830
1-2	95,7	82,7	80,1	3.409
3	96,1	85,2	80,5	10.168
Jumlah alasan yang membenarkan tindakan pemukulan terhadap istri[4]				
0	95,9	85,8	80,7	9.429
1-2	95,6	83,4	79,2	4.014
3-4	95,2	77,0	77,7	1.182
5	94,3	72,4	72,9	156
Jumlah	95,7	84,3	80,0	14.782

[1] "Tenaga terampil" termasuk doktor, perawat, bidan, atau asisten perawat
[2] Termasuk wanita yang menerima pemeriksaan nifas dari doktor,perawat,bidan, komunitas pekerja kesehatan atau dukun beranak dalam dua hari pertama setelah kelahiran, Termasuk wanita yang melahirkan di fasilitas kesehatan dan yang tidak melahirkan di fasilitas kesehatan.
[3] Dilarang untuk wanita berstatus kawin. Lihat Tabel 13,6,1 untuk daftar keputusan,
[4] Lihat Tabel 13,7,1 untuk daftar alasan,

Hasil pada Tabel 13.11 memperlihatkan bahwa pemberdayaan wanita seperti yang diperkirakan memiliki hubungan positif dengan akses wanita untuk mendapatkan dan menggunakan pelayanan kesehatan reproduksi. Sebagai contoh, proporsi wanita yang menerima pelayanan persalinan dari tenaga medis terlatih meningkat dari 82 persen pada wanita yang tidak berpartisipasi memutuskan menjadi 85 persen pada wanita yang berpartisipasi pada ketiga keputusan. Sikap wanita terhadap pemukulan istri juga berhubungan dengan ketiga pelayanan kesehatan yang mereka gunakan. Dibandingkan dengan wanita yang mempercayai pemukulan istri tidak dibenarkan untuk beberapa alasan, wanita yang menerima kelima alasan pemukulan istri cenderung tidak mendapatkan perawatan antenatal (94 persen dibandingkan dengan 96 persen pada wanita yang setuju dengan tidak memberikan alasan), dan tenaga yang membantu persalinan (72 persen dibandingkan dengan 86 persen wanita yang setuju dengan tidak memberikan alasan), dan perawatan postnatal dalam dua hari pertama persalinan dari tenaga kesehatan (81 persen dibandingkan dengan 73 persen).

Akhirnya, Tabel 13.12 memperlihatkan pemberdayaan wanita berhubungan negatif dengan angka kematian meskipun polanya tidak selalu konsisten atau sangat kuat. Gabungan terbaik antara nilai indikator pemukulan istri dan tingkat kematian di bawah lima tahun, dengan tingkat yang bervariasi dari 41 kematian per 1000 kelahiran pada wanita yang percaya tidak ada alasan yang membenarkan pemukulan, menjadi 53 kematian per 1000 kelahiran pada wanita yang menerima tiga atau empat alasan yang membenarkan pemukulan terhadap istri.

Tabel 13.12 Angka kematian anak menurut status wanita

Angka kematian Bayi, anak, dan balita selama periode 10 tahun sebelum survei menurut indikator pemberdayaan wanita, Indonesia 2012

Indikator pemberdayaan	Kematian bayi (1q0)	Kematian anak (4q1)	Kematian balita (5q0)
Jumlah keputusan di mana wanita ikut berpartisipasi[1]			
0	34	14	48
1-2	38	9	47
3	31	9	40
Jumlah alasan yang membenarkan tindakan pemukulan terhadap istri[2]			
0	32	9	41
1-2	35	11	46
3-4	45	9	53
5	23	9	32

[1] Dilarang bagi wanita berstatus kawin, Lihat Tabel 15,6,1 untuk daftar keputusan,
[2] Lihat Tabel 15,7,1 untuk daftar alasan,

PERAN SERTA PRIA DALAM PERAWATAN KESEHATAN KELUARGA

14

Temuan Utama:

- Sebagian besar (94 persen) pria kawin mengatakan bahwa istri mereka menerima pemeriksaan kehamilan selama masa kehamilan dan delapan dari sepuluh suami menemani istrinya mereka pada saat pemeriksaan kehamilan.
- Suami umur 20-24 tahun lebih peduli mendiskusikan persiapan kelahiran anak mereka dibandingkan dengan suami pada kelompok umur lainnya (91 persen dibandingkan denganm 87 persen atau lebih rendah).
- Lima puluh delapan persen pria kawin berbicara dengan tenaga kesehatan tentang kesehatan istri mereka selama kehamilan.
- Ketika ditanyakan tentang pengobatan yang tepat terhadap diare, 59 persen pria kawin mengatakan bahwa anak yang terkena diare diberikan minum lebih banyak dari biasanya.
- Berdasarkan laporan suami, persentase cakupan imunisasi anak yang lahir terakhir dalam dua tahun terakhir adalah BCG (77 persen), Polio (78 persen), DPT (69 persen), Campak (62 persen), dan Hepatitis (63 persen).

Dalam SDKI 2012, semua pria kawin umur15-54 tahun dipilih dari rumah tangga ketiga yang menjadi sampel dan memenuhi syarat untuk diwawancarai menggunakan Daftar Pertanyaan Pria. Daftar pertanyaan ini mencakup beberapa pertanyaan yang dapat dijumpai dalam Daftar Pertanyaan Wanita, tapi lebih singkat karena tidak mengandung pertanyaan tentang sejarah reproduksi, kesehatan ibu dan anak. Sebaliknya, pria ditanya tentang pengetahuan, sikap dan praktik mengenai perawatan kesehatan bagi istri dan anak-anak mereka. Bab ini menyajikan informasi tentang keterlibatan pria dalam menjamin kesehatan istrinya dan perawatan kesehatan yang layak bagi anak-anak mereka.

14.1 PEMERIKSAAN SELAMA KEHAMILAN

Pemeriksaan kehamilan penting untuk memantau kehamilan dan mengurangi risiko kematian ibu dan bayi selama kehamilan dan persalinan. Berdasarkan laporan suami, informasi tentang pemeriksaan kehamilan diperoleh dari wanita yang melahirkan anak terakhir dalam periode dua tahun sebelum survei.

Pada SDKI 2012, pria yang sudah menikah yang memiliki setidaknya satu anak ditanya beberapa pertanyaan mengenai perawatan kehamilan ibu dari anak yang lahir terakhir dalam dua tahun terakhir. Tabel 14.1 menunjukkan persentase kelahiran anak terakhir pada periode dua tahun sebelum survei, dengan ibu mendapatkan perawatan selama kehamilan, kelahiran di rumah sakit atau fasilitas kesehatan, dan suami yang menemani pada saat pemeriksaan kesehatan. Hasil menunjukkan 94 persen kelahiran, suami melaporkan bahwa ibu dari anak mereka menerima perawatan selama kehamilan. Enam puluh delapan persen ibu melahirkan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan, dan 79 persen suami menemani istrinya pada saat pemeriksaan kehamilan.

Tabel 14.1 Perawatan Ibu Selama Kehamilan

Diantara kelahiran anak terakhir dalam periode dua tahun sebelum survei, menurut laporan suami, persentase ibu mendapatkan perawatan selama kehamilan, persentase kelahiran di rumah sakit atau fasilitas kesehatan dan suami yang menemani pada saat pemeriksaan kehjamilan, menurut karakteristik latar belakang suami, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Ibu menerima perawatan selama kehamilan	Kelahiran di rumah sakit atau fasilitas kesehatan	Jumlah Suami	Di antara kelahiran di mana ibu menerima perawatan selama kehamilan: Suami yang menemani pada saat pemeriksaan	Di antara kelahiran di mana ibu menerima perawatan selama kehamilan: Jumlah Suami
Umur					
15-19	*	*	*	*	18
20-24	96,4	61,5	181	77,2	174
25-29	93,0	66,2	554	82,7	515
30-34	94,3	68,9	699	79,6	659
35-39	92,4	70,3	530	77,9	489
40-44	94,7	69,0	307	76,1	290
45-49	93,4	67,4	114	67,0	106
50-54	86,2	62,2	44	62,4	38
Tempat tinggal					
Perkotaan	94,7	80,3	1,272	85,3	1.205
Perdesaan	92,5	54,5	1,173	71,0	1.084
Pendidikan					
Tidak sekolah	63,2	30,6	46	(63,1)	29
Tidak Tamat SD	88,8	49,3	223	63,8	198
Tamat SD	94,7	57,5	452	64,4	428
Tidak Tamat SMU	94,1	66,2	645	75,6	607
Tamat SMU	95,1	77,8	737	87,7	701
Perguruan Tinggi	95,6	81,0	342	93,0	327
Kuintil Kekayaan					
Terbawah	87,0	36,3	479	61,6	417
Menengah ke bawah	95,1	65,8	516	71,7	491
Menengah	94,7	72,6	459	81,6	435
Menengah ke atas	94,4	78,2	519	84,5	490
Teratas	97,0	86,5	471	91,9	457
Jumlah	93,7	67,9	2.445	78,5	2.290

Catatan: Tanda kurung menunjukan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang (*unweighted)*.
Tanda bintang (*) menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada kurang dari 25 kasus tidak tertimbang (*unweighted)* dan tidak disajikan (ditampilkan).
[1] Perguruan Tinggi adalah Diploma, S1/S2/S3

Kemungkinan menerima menerima pemeriksaan kehamilan sedikit menurun dengan bertambahnya umur. Sebagai contoh, 96 persen ibu yang suaminya berumur 20-24 tahun menerima pemeriksaan kehamilan dibandingkan dengan 93 persen dari ibu yang suaminya berumur 45-49 tahun. Pemeriksaan kehamilan istri terkait dengan tingkat pendidikan suami. Suami dengan pendidikan Perguruan Tinggi cenderung lebih banyak melaporkan bahwa istrinya menerima pemeriksaan kehamilan (96 persen) dibandingkan suami dengan pendidikan tidak Tamat SD (89 persen). Hal yang sama, hamp[ir semua suami dalam kuinti kekayaan tertinggi lebih banyak melaporkan bahwa istrinya menerima pemeriksaan kehamilan (97 persen), dibandingkan suami dengan kuintil kekayaan terendah (87 persen).

Terdapat banyak variasi dalam kemungkinan seorang anak dilaporkan lahir di fasilitas kesehatan. Menurut laporan pria kawin, kelahiran di daerah perkotaan cenderung lebih banyak dilakukan di rumah sakit dibanding dengan di perdesaan (masing-masing 80 dan 55 persen). Kehadiran ayah selama pemeriksaat kehamilan juga lebih umum di daerah perkotaan dan meningkat sejalan dengan pendidikan ayah dan status kekayaan. Sebagai contoh, di antara suami dalam kuintil terendah, 62 persen hadir selama pemeriksaan kehamilan anak mereka dibandingkan dengan 92 persen ayah dalam kuintil tertinggi.

Tabel Lampiran A-14.1 menunjukkan persentase kelahiran terakhir dalam dua tahun sebelum survei dengan ibu menerima pemeriksaan selama kehamilan menurut laporan suami (ayah dari anak mereka) dan provinsi.

14.2 PERSIAPAN KELAHIRAN

Dalam rangka keamanan dan kesehatan ibu dan anak yang baru lahir, perlu diambil langkah-langkah tertentu. Hal ini termasuk membuat keputusan tentang berbagai aspek yang berkaitan dengan persalinan, seperti menentukan tempat persalinan, tenaga yang akan menolong persalinan, transportasi menuju tempat persalinan, biaya yang terkait dengan persalinan, dan menentukan donor darah apabila diperlukan.

SDKI 2012, suami diberi pertanyaan apakah mereka mendiskusikan aspek-aspek tersebut dengan seseorang selama kehamilan anak terakhir pada dua tahun sebelum survei. Informasi ini ditunjukkan pada Tabel 14.2. Lebih dari separoh suami (88 persen) mendiskusikan paling sedikit satu topik terkait dengan persalinan. Topik yang paling sering dibicarakan adalah penolong persalinan (77 persen), tempat persalinan (76 persen), diikuti dengan biaya untuk persalinan (72 persen). Lebih dari separo suami membahas mengenai transportasi ke tempat melahirkan (54 persen). Penentuan donor darah yang tepat pada saat persalinan didiskusikan oleh 24 persen suami.

Tabel 14.2 Persiapan Kelahiran

Distribusi persentase kelahiran anak terakhir periode dua tahun sebelum survei di mana suami mendiskusikan topik-topik mengenai kelahiran, berdasarkan karakteristik latar belakang suami, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Persentase Suami yang mendiskusikan topik kelahiran							
	Tempat melahirkan	Transportasi	Pertolongan persalinan	Biaya	Donor darah	Topik lain	Tidak ada topik	Jumlah Suami
Umur								
15-19	*	*	*	*	*	*	*	18
20-24	84,1	61,6	79,6	69,5	13,3	91,4	8,6	95
25-29	75,5	51,5	71,9	74,2	19,5	87,3	12,7	338
30-34	76,2	51,4	77,1	69,5	28,1	87,3	12,7	421
35-39	76,7	59,1	81,5	74,0	26,5	89,4	10,6	320
40-44	71,6	55,8	81,3	70,8	22,7	88,6	11,4	155
45-49	(75,3)	(58,7)	(78,5)	(63,3)	(19,2)	(82,6)	(17,4)	48
50-54	*	*	*	*	*	*	*	16
Tempat tinggal								
Perkotaan	81,4	60,0	80,3	74,9	24,4	90,5	9,5	842
Perdesaan	66,9	45,9	72,6	66,6	22,7	83,8	16,2	563
Pendidikan								
Tidak sekolah	*	*	*	*	*	*	*	11
Tidak Tamat SD	57,4	44,6	69,0	67,6	17,3	84,4	15,6	72
Tamat SD	66,1	44,4	72,0	69,5	16,6	82,5	17,5	188
Tidak Tamat SMU	72,1	51,4	75,5	71,8	20,1	86,3	13,7	363
Tamat SMU	78,0	53,7	76,6	69,8	21,8	88,2	11,8	484
Perguruan Tinggi[1]	87,3	68,2	85,9	77,0	38,4	93,9	6,1	287
Kuintil Kekayaan								
Terbawah	67,1	40,4	68,5	64,2	16,2	83,1	16,9	146
Menengah ke bawah	69,9	46,0	71,0	67,6	14,3	86,0	14,0	274
Menengah	72,7	55,2	78,3	72,9	19,6	85,8	14,2	274
Menengah ke atas	77,4	57,0	76,5	73,2	31,6	88,1	11,9	332
Teratas	83,6	62,9	84,8	75,0	29,5	92,2	7,8	380
Jumlah	75,6	54,4	77,2	71,6	23,7	87,8	12,2	1.405

Catatan: Tanda kurung menunjukan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang (*unweighted)*.
Tanda bintang (*) menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada kurang dari 25 kasus tidak tertimbang (*unweighted)* dan tidak disajikan (ditampilkan).
[1] Perguruan Tinggi adalah Diploma, S1/S2/S3

Suami dalam kelompok umur 20-24 tahun cenderung lebih sering membahas tentang persiapan kelahiran anak terakhir mereka dibandingkan dengan kelompok umur lainnya (91 persen dibandingkan dengan 89 persen atau lebih rendah). Suami yang tinggal di daerah perkotaan cenderung membicarakan persiapan kelahiran anak terakhir mereka daripada suami di daerah perdesaan (91 persen dibandingkan dengan 84 persen). Kemunmgkinan hal ini disebabkan oleh akses informasi tentang persiapan kelahiran lebih baik di perkotaan. Suami dengan pendidikan yang lebih tinggi danmereka yang berada dalam kuintil kekayaan yang lebih tinggi cenderung membicarakan persiapan kelahiran anak mereka dengan seseorang dibandingkan suami lain.

Tabel Lampiran A-14.2 menunjukkan persentase suami yang membahas topik mengenai kelahiran anak terakhir menurut provinsi.

14.3 KONTAK DENGAN TENAGA KESEHATAN

Dalam SDKI 2012, keterlibatan suami dalam perawatan dan kehamilan istrinya diukur dengan menanyakan kepada pria kawin apakah mereka berbicara kepada tenaga kesehatan tentang pemeriksaan kehamilan atau kesehatan ibu dari anak terakhir yang lahir dalam dua tahun sebelum survei. Pria juga ditanya khususnya tentang topik yang dibicarakan saat bertemu dengan dokter atau tenaga kesehatan lainnya.

Tabel 14,3 Kontak dengan Tenaga Kesehatan Tentang Kesehatan dan Kehamilan Ibu

Distribusi persentase kelahiran anak terakhir periode dua tahun sebelum survei, di mana suami berdiskusi dengan tenaga kesehatan tentang kesehatan ibu selama kehamilan, dan persentase topik yang didiskusikan berdasarkan karakteristik latar belakang suami Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Berbicara dengan tenaga kesehatan	Jumlah suami yang memiliki anak terakhir berumur 2 tahun atau lebih muda	Topik Diskusi			Jumlah Suami yang berbicara dengan tenaga kesehatan
			Jenis makanan yg harus dimakan selama kehamilan	Berapa lama waktu istirahat selama kehamilan	Masalah kesehatan ibu yang harus mendapatkan penanganan segera	
Umur						
15-19	*	18	*	*	*	12
20-24	52,4	181	95,5	90,7	87,1	95
25-29	60,9	554	90,8	89,2	87,9	338
30-34	60,3	699	91,9	87,7	84,6	421
35-39	60,5	530	92,1	91,1	84,5	320
40-44	50,5	307	91,8	87,1	86,5	155
45-49	42,0	114	(92,9)	(91,6)	(81,6)	48
50-54	*	44	*	*	*	16
Tempat tinggal						
Perkotaan	66,2	1.272	93,6	88,3	86,8	842
Perdesaan	48,0	1.173	89,1	88,8	83,9	563
Pendidikan						
Tidak sekolah	*	46	*	*	*	11
Tidak Tamat SD	32,3	223	80,4	78,1	78,4	72
Tamat SD	41,6	452	87,9	89,5	86,7	188
Tidak Tamat SMU	56,3	645	90,1	84,3	82,2	363
Tamat SMU	65,8	737	93,5	89,9	88,2	484
Perguruan Tinggi[1]	83,8	342	96,6	93,2	86,8	287
Kuintil Kekayaan						
Terbawah	30,4	479	84,8	85,2	80,0	146
Menengah ke bawah	53,1	516	91,8	83,9	81,4	274
Menengah	59,6	459	93,4	91,6	88,6	274
Menengah ke atas	63,9	519	91,5	90,0	88,8	332
Teratas	80,6	471	93,6	89,4	85,9	380
Jumlah	57,5	2.445	91,8	88,5	85,6	1.405

Catatan : Tanda kurung menunjukan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang (*unweighted)*.
Tanda bintang (*) menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada kurang dari 25 kasus tidak tertimbang (*unweighted)* dan tidak disajikan (ditampilkan).
[1] Perguruan Tinggi adalah Diploma, S1/S2/S3

Hasil menunjukkan 58 persen suami berdiskusi dengan tenaga kesehatan tentang kesehatan istrinya. Di antara pria yang membicarakan hal tersebut, 92 persen berbicara tentang jenis makanan yang harus dimakan istrinya selama kehamilan, 89 persen berbicara tentang lama istirahat yang seharusnya dilakukan istri, dan 86 persen berbicara tentang masalah kesehatan istrinya yang harus mendapatkan perhatian segera.

Suami dengan rentang umur 25-39 tahun, 30-34 tahun, dan 34-39 tahun cebnderuing lebih banyak berdiskusi dengan tenaga kesehatan mengenai kesehatan ibu (60-61 persen) dibandingkan dengan suami lainnya (52 persen atau lebih rendah). Suami yangh tinggal di daerah perkotaan lebih sering berdiskusi dengan tenaga kesehatan tentang kesehatan ibu (66 persen) dibandingkan suami yang tinggal di daerah perdesaan (48 persen). Suami dengan pendidikan lebih tinggi cenderung lebih sering berdiskusi dengan tenaga kesehatan tentang kesehatan ibu (84 persen) dibanding dengan suami yang berpendidikan tidak sekolah (23 persen). Demikian pula, suami dengan kuintil kekayaan tertinggi cenderung lebih sering berdiskusi dengan tenaga kesehatan tentang kesehatan ibu (81 persen) dibanding suami dengan kuintil kekayaan terendah (30 persen). Variasi dalam diskusi tentang jenis makanan yang dimakan selama kehamilan, lama waktu istirahat yang harus dimiliki oleh ibu dan masalah kesehatan yang harus segera ditangani tampak sama dengan variasi yang dibicarakan dengan tenaga kesehatan.

Tabel Lampiran A-14.3 memperlihatkan variasi tingkat kontak antara suami dengan tenaga kesehatan terkait dengan kesehatan dan kehamilan istrinya menurut provinsi.

14.4 PENGOBATAN DIARE

Penyakit diare masih merupakan masalah kesehatan masyarakat di negara berkembang seperti Indonesia, karena morbiditas dan mortalitasnya masih tinggi. Survei morbiditas yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan dari tahun 2000-2010 terlihat kejadian diare cenderung meningkat dari 301 per 1000 penduduk tahun 2000 menjadi menjadi 411 per 1000 penduduk tahun 2010. (Kementrian Kesehatan, 2011).

Dalam SDKI 2012, yang memiliki anak terakhir lahir dalam dua tahun sebelum survei ditanyakan tentang pertanyaan mengenai pengetahuan pengobatan diare anak. Tabel 14.4. menunjukkan distribusi persentase suami menurut pengetahuan tentang pemberian cairan ketika anak diare menurut karaketristik latar belakang. Tabel menunjukkan 59 persen suami mengatakan bahwa anak yang diare harus diberikan minum lebih banyak dari biasanya. Dua puluh persen suami menyatakan bahwa anak yang diare tetap memberikan minum seperti biasa. Empat persen suami mengatakan bahwa anak yang diare harus diberikan minum lebih sedikit dari biasanya, dan kurang dari satu persen suami yang mengatakan bahwa anak yang terkena diare tidak diberikan minum.

Ada perbedaan besar dalam penanganan anak yang terkena diare menurut tingkat pendidikan suami. Suami dengan pendidikan Perguruan Tinggi cenderung lebih peduli bahwa anak yang menderita diare harus diberikan caitran lebih banyak dari biasanya (75 persen) dibandingkan suami dengan pendidikan tidak Tamat SD (43 persen). Demikian juga suami dengan kuintil kekayaan cenderung lebih mengatakan bahwa anak yang yang diare diberikan minum lebih banyak dibanding suami dengan kuintil kekayaan terendah (masing-masing 73 persen dan 40 persen).

Tabel Lampiran A-14.4 menunjukkan distribusi persentase pengetahuan suami tentang jumlah minuman yang akan diberikan ketika seorang anak menderita diare menurut provinsi.

Tabel 14,4 Pengetahuan suami tentang jumlah cairan yang diberikan kepada anak yang terkena diare

Di antara kelahiran terakhir dalam dua tahun sebelum survei, distribusi persentase pengetahuan suami tentang jumlah cairan yang diberikan ketika seorang anak mengalami diare, menurut karakteristik latar belakang suami (ayahnya), Indonesia 2012

	Jumlah minuman yang diberikan ketika anak mengalami diare							
Karakteristik latar belakang	Tidak diberi minum	Kurang dari biasanya	Sama seperti biasanya	Lebih banyak dari biasanya	Tidak tahu	Tidak terjawab	Total	Jumlah Suami
Umur								
15-19	1,2	6,9	27,0	7,8	57,0	0,0	100,0	18
20-24	0.7	4.8	20.9	56.7	16.7	0.3	100,0	181
25-29	1.1	5.1	26.0	52.4	12.4	3.0	100,0	554
30-34	0.1	5.7	21.6	57.0	12.7	2.9	100,0	699
35-39	0.9	2.8	12.9	68.0	11.3	4.1	100,0	530
40-44	0.2	1.4	18.7	61.8	15.6	2.3	100,0	307
45-49	0.0	3.6	14.0	70.9	9.2	2.4	100,0	114
50-54	(0.0)	(10.5)	(16.7)	(49.5)	(12.3)	(10.9)	(100,0)	44
Tempat tinggal								
Perkotaan	0.7	2.2	14.1	69.4	10.3	3.4	100,0	1.272
Perdesaan	0.5	6.6	26.3	47.9	16.1	2.6	100,0	1.173
Pendidikan								
Tidak sekolah	0,0	11,4	26,4	9,1	37,9	15,2	100,0	46
Tidak Tamat SD	0,4	4,5	33,2	43,1	16,6	2,1	100,0	223
Tamat SD	0,0	8,2	26,0	46,9	17,1	1,8	100,0	452
Tidak Tamat SMU	0,5	3,2	20,5	58,2	14,4	3,3	100,0	645
Tamat SMU	1,2	3,0	15,1	68,1	9,8	2,8	100,0	737
Perguruan Tinggi [1]	0,2	3,2	11,4	74,7	6,9	3,6	100,0	342
Kuintil Kekayaan								
Terbawah	0,7	7,8	27,4	39,7	20,5	3,9	100,0	479
Menengah ke bawah	0,6	5,1	24,5	54,1	13,6	2,1	100,0	516
Menengah	0,0	2,0	25,3	57,8	12,4	2,5	100,0	459
Menengah ke atas	0,7	1,4	12,6	70,1	11,2	4,0	100,0	519
Ter atas	0,8	5,4	10,1	73,3	7,8	2,5	100,0	471
Jumlah	0,6	4,3	19,9	59,1	13,1	3,0	100,0	2.445

Catatan : Tanda kurung menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang (*unweighted)*.
[1]Perguruan Tinggi adalah Diploma, S1/S2/S3

14.5 PENGETAHUAN TENTANG IMUNISASI ANAK

Dalam SDKI 2012, pria berstatus kawin ditanya apabila memiliki anak terakhir yang lahir hidup pada periode dua tahun sebelum survei telah diberi imunisasi tuberkulosis (BCG), polio, DPT, campak, dan Hepatitis B. Tabel 14.5 menyajikan informasi tentang imunisasi tertentu yang diterima oleh anak menurut laporan ayahnya yaitu: BCG (77 persen), polio (78 persen), DPT (69 persen), Campak (62 persen) dan Hepatitis (63 persen).

Laporan imunisasi anak bervariasi menurut karakteristik latar belakang suami. Pada umumnya, anak dari ayah umur 35-39 tahun, anak yang tinggal di daerah perkotaan, anak dengan pendidikan ayah yang lebih baik dan anak yang tinggal di rumah tangga dengan kuintil kekayaan tertinggi cenderung mendapat imunisasi dibandingkan dengan anak lainnya. Sebagai contoh, 82 persen anak yang ayahnya tinggal di perkotaan telah diimunisasi vaksin polio dibanding 72 persen anak yang ayahnya tinggal di perdesaan. Selanjutnya, 50 persen anak yang ayahnya tidak sekolah telah diimunisasi polio dibandingkan 87 persen anak yang ayah/suami berpendidikan Tamat SMTA. Sementara itu, 63 persen anak dari ayah dengan kuintil kekyaaan terendah telah diimunisasi polio dibandingkan dengan 88 persen anak dari ayah dengan kuintil kekayaan terttinggi.

Lampiran Tabel A-14.5 menunjukkan persentase cakupan imunisasi untuk setiap vaksin menurut provinsi.

Tabel 14,5 Laporan Suami Tentang Imunisasi Anak

Diantara kelahiran terakhir dalam du a tahun sebelum survei, persentase imunisasi yang diterima anak berdasarkan jenis imunisasi menurut laporan suami dan karakteristik latar belakang suami, Indonesia 2012

Karakteristik latar belakang	Imunisasi					Jumlah Suami
	BCG	Polio	DPT	Campak	Hepatitis	
Umur						
15-19	*	*	*	*	*	18
20-24	74,2	74,8	63,0	56,9	55,0	181
25-29	76,9	77,3	66,9	61,7	60,5	554
30-34	76,8	78,1	68,0	60,2	63,5	699
35-39	80,3	81,3	74,8	67,7	70,1	530
40-44	78,5	79,0	72,2	62,3	61,5	307
45-49	72,8	70,6	61,8	57,7	54,7	114
50-54	(64,7)	(64,7)	(60,8)	(50,8)	(67,5)	44
Tempat tinggal						
Perkotaan	81,8	82,2	74,0	64,9	70,1	1.272
Perdesaan	72,0	72,3	62,7	58,0	54,7	1.173
Pendidikan						
Tidak sekolah	50,0	50,2	47,5	39,9	42,5	46
Tidak Tamat SD	54,7	53,1	40,4	34,8	41,9	223
Tamat SD	69,9	71,4	61,2	53,1	50,8	452
Tidak Tamat SMU	78,6	81,7	70,8	64,5	63,7	645
Tamat SMU	83,3	82,2	74,2	66,7	68,3	737
Perguruan Tinggi[1]	88,4	86,8	82,9	76,3	80,7	342
Kuintil Kekayaan						
Terbawah	61,3	62,6	52,9	50,0	48,8	479
Menengah ke bawah	76,1	75,2	67,3	56,3	55,6	516
Menengah	80,3	81,0	69,4	62,0	63,5	459
Menengah ke atas	81,3	80,8	71,1	62,6	66,3	519
Ter atas	86,4	87,9	82,2	77,6	79,9	471
Jumlah	77,1	77,5	68,5	61,5	62,7	2.445

Catatan: Tanda kurung menunjukan bahwa angka berdasarkan pada 25-49 kasus yang tidak tertimbang (*unweighted)*.
Tanda bintang (*) menunjukkan bahwa angka berdasarkan pada kurang dari 25 kasus tidak tertimbang (*unweighted)* dan disajikan (ditampilkan).
[1]Perguruan Tinggi adalah Diploma, S1/S2/S3

KEMATIAN DEWASA DAN MATERNAL 15

Temuan Utama:

- Rasio kematian maternal (kematian ibu) adalah 359 kematian per 100.000 kelahiran hidup dalam periode waktu lima tahun sebelum survei.
- Kematian maternal dengan menyesuaikan umur pada wanita umur 15-49 tahun adalah 0,27 per 1000 wanita terpajan.
- Jumlah kematian maternal adalah 92 orang dalam periode waktu 5 tahun sebelum survei.
- Jumlah kematian maternal tertinggi pada kelompok umur 25-29, 30-34 dan 35-39.
- Jumlah kematian pria dewasa lebih tinggi dari jumlah kematian wanita dewasa pada setiap kelompok umur. Probabilitas kematian pria dewasa lebih tinggi dibandingkan dengan wanita dewasa.

Bab ini mengulas kematian orang dewasa, termasuk kematian diantara wanita mulai dari penyebab kematian maternal. Walaupun kematian maternal secara umum dianggap sebagai salah satu indikator penting mengenai kondisi kesehatan suatu negara, data yang dapat dipercaya sangat jarang dan hasil estimasi bisa bervariasi. Abou Zhar memperkirakan bahwa kasus kematian maternal hanya 5 persen dari kematian anak (2011: 123). Oleh karena itu, interpretasi hasil penghitungan kematian maternal harus dilakukan dengan sangat hati-hati.

Data yang digunakan untuk mengestimasi kematian dewasa dan maternal dengan menggunakan prosedur estimasi langsung telah dikumpulkan dalam Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI) sejak tahun 1994. Survei ini telah mengumpulkan informasi mengenai kelangsungan hidup semua kelahiran hidup dari ibu responden (saudara kandung responden). Pendekatan langsung untuk mengestimasi kematian dewasa dan maternal ini mengoptimalkan data yang tersedia, termasuk informasi mengenai umur kelangsungan hidup saudara kandung, umur saudara kandung pada saat meninggal, dan keterangan kapan saudara kandung meninggal. Hal ini memungkinan agregasi data untuk menentukan jumlah tahun hidup orang terpajan pada risiko kematian dan jumlah kematian saudara kandung yang terjadi dalam satu periode tertentu. Angka kematian dewasa dan maternal diperoleh dengan membagi kematian maternal (atau kematian wanita dan pria dewasa) dengan jumlah tahun orang terpajan (Ruttenberg and Sullivan, 1991). Ukuran kematian maternal yang sederhana lainnya adalah proporsi kematian maternal terhadap semua kematian wanita pada usia subur dari sebab-sebab maternal (PMDF). PMDF dipercaya dapat dicatat dengan lebih akurat daripada kematian maternal (Hill, Kenneth, et. al., 2007). PMDF diperoleh dengan membagi langsung kematian maternal dengan kematian wanita pada usia subur.

15.1 DATA

Dalam rangka memperoleh data mengenai kematian dewasa dan maternal, kuesioner SDKI untuk wanita mencakup sejarah kelangsungan hidup saudara kandung, yang mencatat secara rinci kelangsungan hidup semua anak lahir hidup dari ibu responden (saudara kandung ibu). Pertanyaan ini mirip dengan pertanyaan sebelum SDKI 2007 yang sejarah kelangsungan hidup hanya ditanyakan kepada responden wanita. Pada SDKI 2007 responden pria juga ditanyakan dengan maksud untuk memperluas cakupan untuk penghitungan angka kematian.

Dalam rangka memperoleh sejarah saudara kandung, pertama setiap responden diminta untuk memberikan keterangan mengenai jumlah anak yang dilahirkan hidup oleh ibu kandungnya. Selanjutnya, responden diminta memberikan daftar semua anak yang dilahirkan hidup ibu kandung dimulai dengan anak pertama. Kemudian, dari setiap saudara kandung ditanyakan apakah masih hidup pada saat pencacahan. Pada saudara kandung yang masih hidup, ditanyakan umurnya, untuk yang meninggal ditanyakan umur pada saat meninggal dan lama meninggal. Apabila responden kurang mampu memberikan keterangan umur meninggal dan lama meninggal, pewawancara menerima perkiraan jawaban dari responden. Saudara perempuan yang meninggal pada umur 10 tahun atau lebih, lalu tiga pertanyaan diajukan untuk menentukan apakah kematiannya berhubungan dengan sebab-sebab maternal.: "Apakah *[Nama Saudara kandung perempuan] sedang hamil saat meninggal atau jika tidak [Nama saudara kandung perempuan] meninggal saat melahirkan?"* dan jika tidak, *"Apakah [Nama saudara kandung perempuan] meninggal pada masa nifas atau 2 bulan setelah berakhirnya kehamilan?"*

Estimasi kematian dewasa dan maternal membutuhkan pelaporan yang akurat mengenai jumlah saudara kandung perempuan dan laki-laki responden, jumlah yang meninggal, dan (untuk kematian maternal) jumlah saudara perempuan yang meninggal karena sebab-sebab maternal. Tidak ada cara yang pasti untuk menetapkan kelengkapan atau akurasi data kelangsungan hidup saudara kandung. Tabel 15.1 menunjukkan beberapa indikator mengenai kualitas data kelangsungan hidup saudara kandung dari SDKI 2012, termasuk kelengkapan pelaporan kelangsungan hidup saudara kandung, umur saudara kandung yang masih hidup, dan umur pada saat meninggal dan lama meninggal.

Dalam sejumlah 195 945 saudara kandung yang dilaporkan responden wanita, status kelangsungan hidup tidak dilaporkan untuk 106 orang (kira-kira 0.1 persen). Diantara saudara kandung yang masih hidup, umur sekarang (digunakan untuk estimasi keterpajaran kematian) dilaporkan untuk hampir semua saudara kandung yang masih hidup (99 percent). Diantara saudara kandung yang sudah meninggal, laporan lengkap umur pada saat meninggal dan lama meninggal juga hampir semua dilaporkan. Delapan puluh dua persen saudara kandung yang meninggal, baik umur pada saat meninggal maupun lama meninggal (atau tahun meninggal) juga dilaporkan. Hanya 1 persen data umur meninggal pada saudara kandung yang telah meninggal tidak dilaporkan, sementara itu, lama meninggal tidak dilaporkan untuk 15 persen saudara kandung yang meninggal. Daripada tidak mengikutsertakan saudara kandung yang tidak ada datanya dari analisis lebih lanjut, maka dilakukan upaya imputasi dengan memanfaatkan keterangan ururtan saudara kandung dan keterangan lain yang terkait.[1] Informasi yang juga penting disini bahwa 13 persen dari kematian saudara perempuan dari sejumlah 846 saudara perempuan yang meninggal dalam sampel tidak dapat dikatagorikan sebagai kematian maternal atau kematian non maternal. Informasi ini dapat mempengaruhi penghitungan angka kematian maternal. Data kelangsungan hidup saudara kandung, termasuk nilai yang telah diimputasi, digunakan untuk estimasi langsung kematian dewasa dan maternal.

[1] Imputasi dilakukan berdasarkan asumsi bahwa urutan kelahiran saudara kandung dari keterangan riwayat kelahiran adalah benar. Tahap pertama adalah menghitung tanggal kelahiran. Untuk setiap saudara kandung masih hidup yang diketahui umurnya, dan setiap saudara kandung yang sudah meninggal yang diketahui umur saat meninggal serta lamanya (tahun) kematian, telah dihitung tanggal lahirnya. Tanggal lahir saudara kandung yang tidak diketahui diperkirakan dari tanggal lahir saudara kandungnya yang telah dikumpulkan bersama. Umur saudara kandung yang masih hidup dihitung dari imputasi tanggal lahir. Apabila umur atau tanggal diketahui, maka tanggal lahir dari saudara yang meninggal dapat dihitung. Bila kedua keterangan tersebut tidak diketahui, maka tanggal lahir dari saudara kandung yang meninggal dapat dihitung. Bila kedua keterangan tersebut tidak diketahui, maka umur ketika meninggal diimputasi. Imputasi ini berdasarkan distribusi umur kematian dari mereka yang tidak diketahui tahun kematiannya, tetapi umur ketika meninggal diketahui.

Tabel 15.1 Kelengkapan informasi data mengenai saudara kandung

Kelengkapan data yang diperoleh dari mewawancarai wanita mengenai (1) status kelangsungan hidup mengenai saudara kandung mereka, (2) umur dari saudara kandung yang masih hidup dan (3) umur ketika meninggal serta lama meninggal, Indonesia 2012.

	Saudara Perempuan		Saudara Pria		Semua Saudara Kandung	
	Angka	Persen	Angka	Persen	Angka	Persen
Semua Saudara Kandung	94.757	100,0	101.188	100,0	195.945	100,0
Hidup	82.740	87,3	85.835	84,8	168.575	86,0
Meninggal	11.975	12,6	15.289	15,1	27.264	13,9
Status keberlangsungan hidup tidak diketahui	42	0,0	64	0,1	106	0,1
Masih Hidup	82.740	100,0	85.835	100,0	168.575	100,0
Umur yang dilaporkan	82.011	99,1	85.066	99,1	167.077	99,1
Tidak terjawab	729	0,9	769	0,9	1.498	0,9
Meninggal	11.975	100,0	15.289	100,0	27.264	100,00
Umur ketika meninggal dan lama meninggal yang dilaporkan	9.801	81,8	12.503	81,8	22.304	81,8
Tidak terjawab pa da umur ketika meninggal	116	1,0	184	1,2	300	1,1
Tidak terjawab pada lama meninggal	1.823	15,2	2.236	14,6	4.059	14,9
Tidak terjawab pada umur ketika meninggal dan lama meninggal	235	2,0	366	2,4	601	2,2

Tabel 15.2 menunjukkan rata-rata jumlah saudara kandung di Indonesia dan rasio jenis kelamin pada saat kelahiran menurut umur responden. Informasi ini tidak disajikan dalam laporan SDKI 2007, tetapi hal ini penting untuk ditampilkan karena rasio kematian maternal dihitung berdasarkan metode saudara kandung perempuan. Rata-rata jumlah saudara kandung di Indonesia berdasarkan SDKI 2012 adalah 5 dengan rasio jenis kelamin 106. Rata-rata jumlah saudara kandung yang terbesar terdapat pada kelompok umur 45-49 tahun.

Tabel 15.2 Jumlah saudara kandung dan rasio jenis kelamin

Rata-rata jumlah saudara kandung dan rasio jenis kelamin saat kelahiran

Umur responden	Rata-rata jumlah saudara kandung[1]	Rasio jenis kelamin[2]
15-19	4,0	105,6
20-24	4,4	102,6
25-29	4,8	106,7
30-34	5,2	107,3
35-39	5,7	104,3
40-44	5,9	107,4
45-49	6,1	105,7
Jumlah	5,1	105,7

[1]Termasuk responden
[2]Tidak termasuk responden

15.2 ESTIMASI LANGSUNG KEMATIAN DEWASA

Tabel 15.3 menunjukkan kematian perempuan dan laki-laki menurut spesifik umur dalam periode lima tahun sebelum survey yang merujuk pada periode 2008-2012. Angka kematian spesifik menurut umur dihitung dengan membagi jumlah kematian pada setiap kelompok umur dengan jumlah orang tahun terpajan pada kelompok umur tersebut selama periode waktu yang ditentukan. Jumlah kematian yang angka tersebut didasarkan tidak banyak (785 kematian perempuan dan 1001 kematian laki-laki), maka angka kematian spesifik menurut umur terpengaruh pada variasi sampling yang besar. Angka kematian wanita dewasa adalah 2,49, dan kematian pria 3,11 kematian per 1000 penduduk. Seperti yang telah diperkirakan sebelumnya, kematian meningkat dengan bertambahnya umur untuk kedua jenis kelamin tersebut. Secara umum, angka kematian pria dewasa sedikit lebih tinggi dari angka kematian wanita dewasa pada setiap kelompok umur.

Tabel 15.3 Rata-rata kematian dewasa

Estimasi langsung dari angka kematian wanita dan pria untuk lima tahun sebelum dilaksanakannya survei, Indonesia 2012

Umur	Kematian	Tahun terpajan	Angka kematian[1]
	WANITA		
15-19	45	34.164	1,32
20-24	50	45.438	1,09
25-29	89	57.051	1,55
30-34	106	60.601	1,75
35-39	136	56.825	2,40
40-44	157	44.343	3,54
45-49	202	30.496	6,63
15-49	785	328.918	2,49
	PRIA		
15-19	62	33.457	1,87
20-24	84	47.099	1,79
25-29	122	59.987	2,03
30-34	141	62.053	2,27
35-39	144	58.722	2,45
40-44	208	44.523	4,67
45-49	240	30.937	7,76
15-49	1.001	336.7781	3,11

[1]Dalam per 1000 penduduk

Analisis SDKI terdahulu sampai dengan saat ini menunjukkan secara berlanjut meningkat baik kematian perempuan dewasa maupun kematian laki-laki dewasa mulai 1992 sampai dengan 2012 (Gambar 15.1). Angka kematian perempuan dewasa meningkat dari 1,7 per 1000 penduduk pada SDKI 1997 menjadi 2,5 1000 penduduk pada SDKI 2012. Angka kematian pria dewasa juga meningkat dari 2,1 menjadi 3,1 pada saat yang sama.

Gambar 15.1 Tren Angka Kematian Dewasa Umur 15-49 (Per 1000 Penduduk) Menurut Jenis Kelamin, SDKI 1997-2012

15.3 ESTIMASI KEMATIAN MATERNAL

Estimasi kematian maternal secara langsung dari laporan kelangsungan hidup saudara perempuan ditunjukkan pada Tabel 15.4 untuk periode lima tahun sebelum survei. Angka kematian spesifik menurut umur dihitung dengan membagi jumlah kematian maternal dengan jumlah tahun wanita terpajan kematian. Dalam rangka menghilangkan pengaruh bias pemotongan (batas atas umur responden wanita SDKI adalah 49 tahun), maka angka kematian wanita umur 15-49 dibakukan dengan menggunakan distribusi umur responden survei. Kematian maternal atau ibu adalah kematian yang terjadi pada saat hamil, waktu melahirkan, atau selama masa nifas atau dua bulan setelah melahirkan.[2] Jumlah kematian maternal jumlahnya sedikit (92), sehingga angka kematian spesifik menurut umur terpengaruh oleh kesalahan sampling yang besar dan perlu kehati-hatian dalam menginterpretasikan. Pendekatan yang dianjurkan dalam menghitung satu estimasi untuk semua kelompok umur (15-49 tahun). Pada periode 0-4 tahun sebelum survei, tingkat kematian karena sebab-sebab yang berhubungan dengan kehamilan dan persalinan adalah 0,27 kematian maternal per 1000 tahun wanita terpajan. Kematian maternal atau proporsi kematian wanita usia subur karena sebab-sebab maternal (PMDF) adalah 11,7 dari semua kematian wanita usia 15-49.

Angka kematian maternal bisa dikonversikan menjadi rasio kematian maternal atau rasio kematian ibu dan disajikan per 100 000 kelahiran hidup, dengan membagi angka kematian maternal dengan angka fertilitas umum (*General Fertility Rate*) (75) untuk periode waktu yang sama. Dengan cara ini, risiko obstetric dari kehamilan dan persalinan dapat disoroti. Dengan menggunakan prosedur estimasi langsung, rasio kematian ibu diperkirakan sebesar 359 kematian maternal per 100.000 kelahiran hidup untuk periode 2008-2012.

[2] Definisi ini termasuk semua kematian yang terjadi selama hamil dan dua bulan setelah melahirkan, termasuk kematian yang diakibatkan sebab-sebab bukan maternal. Akan tetapi, definisi ini tidak menyebabkan kelebihan pelaporan kematian maternal karena sebagian besar kematian wanita pada periode tertentu diakibatkan sebab-sebab maternal dan biasanya kematian maternal dilaporkan kurang daripada dilaporkan lebih.

Tabel 15.4 Kematian maternal

Estimasi langsung dari angka kematian maternal untuk lima tahun sebelum survei, Indonesia 2012

Umur	Persentase dari kematian wanita yang berstatus ibu	Kematian maternal	Tahun keterpajanan	angka kematian maternal[1]
15-19	9,9	4	34.164	0,13
20-24	23,2	12	45.438	0,25
25-29	22,4	20	57.051	0,35
30-34	16,2	17	60.601	0,28
35-39	13,1	18	56.825	0,31
40-44	8,9	14	44.343	0,32
45-49	3,4	7	30.496	0,22
15-49	11,7	92	328.918	0,27
Angka fertilitas umum[2]				75
Rasio kematian maternal[3]				359
Resiko seumur hidup dari kematian maternal[4]				0.009

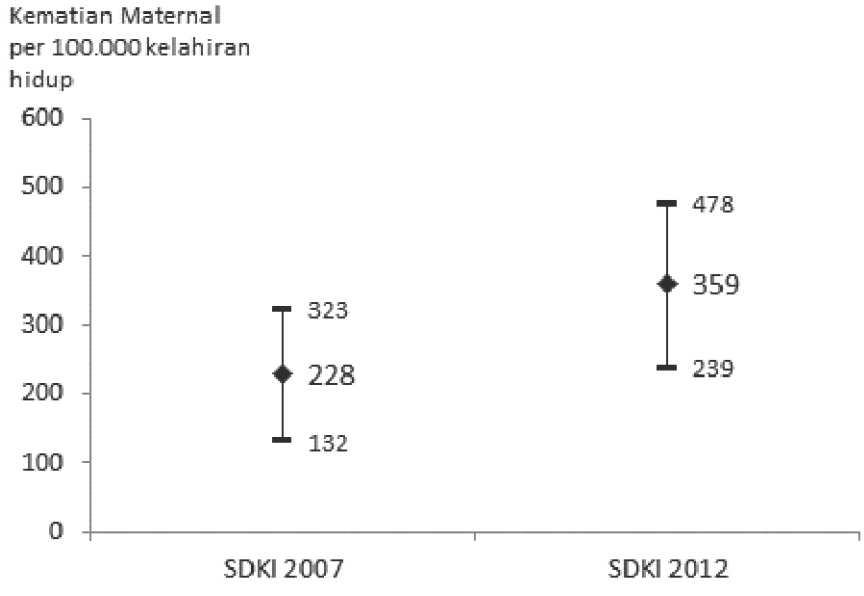
CI: *confidence interval* (tingkat kepercayaan)
[1]Dalam per 1000 wanita-tahun terpajan
[2]Dalam per 1000 wanita umur 15-49 tahun
[3]Dalam per 100.000 kelahiran hidup; terhitung sebagai umur angka kematian maternal yang sudah disesuaikan dikalikan 100 kemudian dibagi dengan angka fertilitas umum
[4]Dihitung sebagai $1-(1-MMR)^{TFR}$ dimana TFR mewakili angka fertilitas total untuk lima tahun sebelum survei

15.4 TREN ANGKA KEMATIAN MATERNAL

Rasio kematian maternal merupakan salah satu indikator MDG *(Millenium Development Goals)* yang harus dicapai pada tahun 2015. Target rasio kematian maternal di Indonesia pada tahun 2015 adalah 102 per 100 000 kelahiran hidup. Rasio kematian maternal menunjukkan rasio untuk periode 5 tahun sebelum survei. Kualitas dalam melakukan pelaporan kematian maternal dapat dipengaruhi oleh kurangnya daya ingat responden jika periode waktu lebih lama dari 5 tahun. Berdasarkan hasil penghitungan dari negara-negara lain, ada kemungkinan bahwa rendahnya angka pelaporan pada periode yang lebih panjang dibandingkan periode yang lebih pendek dipengaruhi oleh daya ingat responden (Stanton et al. 1997: 33). Analisis tren angka kematian maternal menunjukkan penurunan dari SDKI 1997 sampai dengan SDKI 2007. Rasio kematian maternal pada tahun 1997 adalah 390 kematian per 100 000 kelahiran hidup. Analisis yang tidak dipublikasi menunjukkan penurunan yang kecil menjadi 334 kematian per 100 000 kelahiran hidup pada periode 1993-1997. Rasio kematian maternal menurun menjadi 307 kematian per 100 000 kelahiran hidup pada SDKI 2002-2003 dan 228 kematian per 100 000 kelahiran hidup pada SDKI 2007. Namun, angka ini meningkat pada SDKI 2012 menjadi 359 kematian per 100 000 kelahiran hidup.

Walaupun angka kematian ibu terlihat meningkat pada SDKI 2012, namun diperlukan kehati-hatian dalam menginterpretasikan hasil dari tren tersebut. Angka ini belum tentu menunjukkan kegagalan dalam mengurangi peran kematian maternal terhadap kematian wanita secara keseluruhan. Perlu diperhatikan kesalahan sampling yang berhubungan dengan responden terpilih, dan kesalahan non-sampling. Gambar 15.2 menunjukkan batasan estimasi berdasarkan tingkat keyakinan 95 persen. Rasio kematian maternal pada SDKI 2012 dapat berada pada kisaran 239 sampai dengan 478 kematian maternal per 100.000 kelahiran hidup. Pada SDKI 2007, rasio kematian maternal terdapat pada kisaran 132 sampai dengan 323. Tingkat kepercayaan yang lebar ini menunjukkan bahwa survei sampel seperti SDKI tidak dapat menghasilkan informasi yang dibutuhkan untuk memantau kemajuan menuju target MDG (Hill et. al. 2006).

Gambar 15.2 Rasio Kematian Maternal Dengan Tingkat Kepercayaan Untuk Lima Tahun Sebelum Survei SDKI 2007 Dan SDKI 2012



Selain itu, hal yang penting untuk dicatat bahwa responden dalam SDKI 2012 adalah semua wanita usia subur (15-49 tahun), sedangkan responden pada SDKI 2007 adalah wanita pernah kawin usia subur (15-49 tahun). Kenaikan rasio kematian maternal ini sebenarnya konsisten dengan kenaikan angka kematian wanita dewasa di Indonesia. Gambar 15.3 menunjukkan perubahan kematian wanita dewasa dan PMDF pada lima SDKI yang terakhir. PMDF menurun dari 19 persen (SDKI 1994) menjadi 10 persen (SDKI 2007). Namun demikian, PMDF meningkat sedikit menjadi 12 persen (SDKI 2012). Tren angka kematian wanita dewasa lebih menunjukkan bukti meningkatnya kematian. Angka kematian wanita dewasa menurun dari SDKI 1992 ke SDKI 2002-2003. Namun selanjutnya terjadi kenaikan yang agak lambat pada awalnya. Kemudian angka tersebut meningkat tajam, dari 20 kematian menjadi 25 kematian per 10.000 penduduk diantara SDKI 2007 dan SDKI 2012.5.

Gambar 15.3 Perubahan Angka Kematian Wanita Dewasa Dan PMDF SDKI 1994 - 2012

Peningkatan kematian wanita dewasa dan rasio kematian maternal dari SDKI 2007 ke SDKI 2012 juga tercermin pada probabilitas kematian untuk orang dewasa. Tabel 15.5 menunjukkan probabilitas kematian wanita antara umur 15 dan 50 bahwa yang tampak terjadi peningkatan dari 69 per 1000 penduduk pada SDKI 2007 menjadi 87 per 1000 penduduk pada SDKI 2012. Namun, perlu juga dianalisis faktor lain seperti perawatan maternal (Lihat Bab 9), sebelum menyatakan bahwa kematian maternal juga meningkat pada periode yang sama.

Table 15.5 Probabilitas kematian dewasa

Probabilitas dari kematian diantara umur 15 dan 50 untuk wanita dan pria untuk lima tahun sebelum survei, Indonesia 2012.

Survei	Wanita $_{35}q_{15}$[1]	Pria $_{35}q_{15}$[1]
SDKI 2007	69	94
SDKI 2012	87	108

[1]Probabilitas kematian diantara umur tepat diantara 15 dan 50, dalam per 1000 orang-tahun terpajan

DAFTAR PUSTAKA

AbouZahr, C. 2011. "New Estimates of Maternal Mortality and How to Interpret Them: Choice or Confusion". *Reproductive Health Matters* 19(37): 117-128.

Badan Pusat Statistik (BPS)- Statistics Indonesia (BPS) [Indonesia]. 1972. The 1971 *Population Census.* Jakarta, Indonesia: BPS.

Badan Pusat Statistik (BPS)- Statistics Indonesia (BPS) [Indonesia]. 1992. *Summary of the 1990 Population Census Results*. Jakarta, Indonesia: BPS.

Badan Pusat Statistik (BPS)- Statistics Indonesia (BPS) [Indonesia]. 2002. *Indonesian Population Profile 2000.* Jakarta, Indonesia: BPS.

Badan Pusat Statistik (BPS)- Statistics Indonesia (BPS) [Indonesia]. 2003. *Statistical Yearbook of Indonesia 2002*. Jakarta, Indonesia: BPS.

Badan Pusat Statistik (BPS)- Statistics Indonesia (BPS) [Indonesia]. 2012a. *Statistical Yearbook of Indonesia 2002*. Jakarta, Indonesia: BPS.

Badan Pusat Statistik (BPS)- Statistics Indonesia (BPS) [Indonesia]. 2012b. *Welfare Indicators 2011.* Jakarta, Indonesia: BPS.

Badan Pusat Statistik (BPS)- Statistics Indonesia (BPS) [Indonesia]. 2012c. *Labor Force Situation in Indonesia August 2012.* Jakarta, Indonesia: BPS.

Bradley, Sarah E.K., Trevor N.Croft, Joy D. Fishel, and Charles F. Westoff. 2012. *Revising Unmet Need for Family Planning*. DHS Analytical Studies No. 25. Calverton, Maryland, USA: ICF International.

Badan Pusat Statistik (BPS), [Indonesia], Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Departemen Kesehatan, dan Macro Internasional. 1992. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1991*. Calverton, Maryland, USA: BPS and Macro Internasional.

Badan Pusat Statistik (BPS), [Indonesia], Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Departemen Kesehatan, dan Macro Internasional. 1995. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1994*. Calverton, Maryland, USA: BPS and Macro Internasional.

Badan Pusat Statistik (BPS), [Indonesia], Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Departemen Kesehatan, dan Macro Internasional. 1997. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 1998*. Calverton, Maryland, USA: BPS and Macro Internasional.

Badan Pusat Statistik (BPS), [Indonesia]. 2011. *Pedoman Wawancara Rumahtangga dan Wanita SDKI 2012*. Jakarta: BPS.

Direktorat Kesehatan Anak, Kementerian Kesehatan [Indonesia], 2012. *Upaya Percepatan untuk Mengurangi Angka Kematian Ibu dan Bayi di Indonesia*. Jakarta://www.kesehatananak.depkes.go.id.

Friedman, Debra, Michael Hetcher, and Sathoshi Kanazana. 1994. *A Theory of the Value of Children*. Demography 31:375-401.

Hill, Kenneth, K. Thomas, C. AbouZahr, N. Walker, L. Sae, M. Inue, and E. Suzuki. 2007. " *Estimates of Measure Maternal Mortality Worlwide Between 1990 and 2005*: *An Assessment of Available Data*". Lancet 370(9595): 1311-1319.

Hill, Kenneth, S.E. Arifeen, M. Koenig, A.A. Sabir, K. Jamil, and H. Raggers. 2006. "How should we measure maternal in the developing world *A comparison of household deaths and sibling history approaches". Bulletin of the World Health Organization*. 84: 173-180.

McDonald, Peter. 2010. *Early Childhood Education and Care for Disadvantaged Families. The 2010 Greater Jakarta Transition to Adulthood Survey Policy Brief No.3*. Canberra, Australia: Australian Demographic and Social Research Institute, The Australian National University. http://adsri.anu.edu.au/sites/default/files/research/transition-to-adulthood/Early_Childhood_Education_Policy_ Brief_No_3.pdf.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) [Indonesia], 2008. *Pedoman Teknis Standar Pelayanan Minimal*. Jakarta, Indonesia: Kemenkes.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) [Indonesia], 2011. *Situasi Diare Di Indonesia. Indonesia*: Kemenkes.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) [Indonesia], 2012. *Petunjuk Pelayanan Antenatal Terpadu. Fact Sheet.* Jakarta, Indonesia: Kemenkes.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) [Indonesia], 2001. *Yang Perlu Diketahui Petugas Kesehatan Tentang Kesehatan Reproduksi.* Jakarta, Indonesia: Kemenkes.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) [Indonesia]. 2002a. *Gizi Seimbang Balita Untuk Menjadi Anak Sehat*. Jakarta, Indonesia: Kemenkes.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) [Indonesia]. 2002b. *Manajemen Laktasi: Buku Pegangan Bagi Bidan dan Tenaga Kesehatan Di Puskesmas*. Jakarta, Indonesia: Kemenkes.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) [Indonesia]. 2002c. *Pedoman untuk Makanan Pendamping ASI*. Jakarta, Indonesia: Kemenkes.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) [Indonesia]. 2003. *Program Imunisasi di Indonesia.* Jakarta, Indonesia: Kemenkes.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) [Indonesia]. 2005. *Pedoman Penyelenggaraan Imunisasi.* Jakarta, Indonesia: Kemenkes.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) [Indonesia]. 2008. *Buku Kesehatan Ibu dan Anak.* Jakarta, Indonesia: Kemenkes.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) [Indonesia]. 2010. *Petunjuk Pelaksanaan Program Imunisasi Di Indonesia.* Jakarta, Indonesia: Kemenkes.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) [Indonesia]. 2010. *Rencana Strategi Nasional 2010-2014.* Jakarta, Indonesia: Kemenkes.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) [Indonesia]. 2010. *Rencana StrategisKementerian Kesehatan 2010-2014.* Jakarta, Indonesia: Kemenkes.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) [Indonesia]. 2011. *Profil Kesehatan Indonesia 2010.* Jakarta, Indonesia: Kemenkes.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) [Indonesia]. 2012. UNGASS. *Indikator Perkembangan Respon Global AIDS Report Indonesia.* Jakarta, Indonesia. http://www.aidsdatahub.org/en/reference-librarycols2/surveillance -situational-analysis-assessment/item/24229-ungass-country-progress-report-indonesia-national-aids-commision-indonesia-2012.

Kementerian Kesehatan (Kemenkes) [Indonesia]. 2013. *Laporan Terakhir Kementrian Kesehatan. Dirjen. Pengawasan Penyakit dan Sanitasi lingkungan*. Kemenkes. http://www.spiritia.or.id/start/startcurr.php□lang=id&gg=1.

Mosley, W.H., dan L.C. Chen. 1984. *An analytical framework for the study of child survival in developing countries. In Child survival: Strategies for research, ed*. W.H. Mosley dan Lincoln C. Chen, 25-45. Population and development review 10, Supplement. New York: The Population Council.

Komisi AIDS Nasional. 2012. Indonesia. *Strategi Nasional dan Pelaksanaan HIV dan AIDS-Internasional*. http://www.ilo.org/wcmsp5/group/public/——ed_protect/—ilo_aids/documents/legaldocument/ wcms_17307.pdf.

Badan Kependudukan dan Keluarga Berencana Nasional (BKKBN) [Indonesia]. 2011. *Rencana Strategis Kependudukan dan KB Nasional 2010-2014*. Jakarta, Indonesia: BKKBN.

Pan American Health Organization (PAHO)/World Health Organization (WHO). 2003. *Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child.* Washington, D.C: Pan American Health Organization.

Parawansa, Khofifah Indar. 2001. Institution Building: *An Effort to Improve Indonesian Women's Role and Status*. In K. Robinson and S. Bessel (eds). Women in Indonesia: Gender, Equity and Development. Singapore: Institute of Southeast Asian Studies (ISEAS). http://bookshop.iseas.edu.sg/ publication/255.

Retherford, R.D., M.K.Choe, S. Thapa, and B.B. Gubhaju. 1989. "*To What Extent Does Brestfeeding Explain Birth-Interval Effect of Early Childhood Mortality?"* Demography 26:439—40.

Rutstein, Shea. 2008. *"Further Evidence of the Effects of Preceding Birth Intervals on Neonatal, Infant, and Under-Five-Year Mortality and Nutritional Status in Developing Countries: Evidence from the Demographic and Health Survey".* DHS Working Papers, No.41. Calverton, Maryland: Macro International Inc.

Ruttenberg, N. and J.M. Sullivan. 1991. *Direct Estimates of Maternal Mortality from The Sisterhood Method. In Proceeding of the DHS World Conference*. Washington, D.C. August 5-7, 1991, Vol. 3, 1669-1696. Columbia, Maryland: IRD/Macro International Inc.

Stanton, C, N. Abderrahim, and Kenneth Hill. 1997. *DHS Maternal Mortality Indicators: An Assessment of Data Quality and Implications for Data Use.* Demographic and Health Survey Analytical Report. Calverton, Maryland, USA: BPS, BKKBN, Depkes, and ORC Macro.

Badan Pusat Statistik (BPS), [Indonesia], Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Departemen Kesehatan, dan Macro Internasional. 2003. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2002-03*. Calverton, Maryland, USA: BPS and Macro Internasional.

Badan Pusat Statistik (BPS), [Indonesia], Badan Koordinasi Keluarga Berencana Nasional (BKKBN), Departemen Kesehatan, dan Macro Internasional. 2008. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia 2007*. Calverton, Maryland, USA: BPS and Macro Internasional.

Sullivan, J.M., S.O. Rutstein, dan G.T. Bicego. 1994. *Infant and child mortality.* DHS Comparative Studies No. 15. Calverton, Maryland: Macro International Inc.

Tshatsinde, Mmakgomo. 1993. Rural Women in Developing Issues and Policies. Agenda Empowering Women for Gender Equity: Women and Economy 9: 63-70. http://www.tandfonline.com/toc/ragn20/9/18.

United Nations Children's Fund (UNICEF) and World Health Organization (WHO). 2004. Low Birthweight: Country, Regional and Global Estimates. New York, NY: UNICEF.

United Nations General Asembly. 2001. *Road Map Toward the Implementation of the United Nations Millenium Declaration*: Report of the Secretary-General. New York: United Nations General Assembly.

WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. 2004. Meeting on the MDG's Drinking Water and Sanitation Target: A Mid-term Assesssment of Progress. New York: World Health Organization and United Nationss Children's Fund.

WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. 2005. *Water for Life: Making It Happen.* Geneva: World Health Organization and United Nation Children's Fund.

World Health Organization (WHO). 2005. *Guiding Principles on Feeding Nonbreastfed Children 6 to 24 Months of Age*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (WHO). 2008. *Indicators for Assessing Infant and Young Child Feeding Practices*. Part I: Definitions. Conclusions of a consensus meeting held 6-8 November 2007 in Washington, DC, USA. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596664_eng.pdf.

World Health Organization (WHO). 2010. *Indicators for Assessing Infant and Yoing Child Feeding Practices*. Part II: Measurement. Geneva, Switzerland: WHO. http:// http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599290_eng.pdf.

Departemen Kesehatan. 2001b. *National Strategic Plan for Making Pregnancy Safer (MPS) in Indonesia 2001-2010.* Jakarta, Indonesia: DEP. KES.

Departemen Kesehatan. 2001c. *Programs in reproductive health and integrated services in basic services (Program Kesehatan Reproduksi dan Pelayanan Integratif di Tingkat Pelayanan Dasar).* Jakarta, Indonesia: DEP. KES. 13-14.

Departemen Kesehatan. 2001d. *Challenges and opportunities for action 2001.* Jakarta, Indonesia: DEP. KES.

Departemen Kesehatan. 2006. *Estimate of the People Living with HIV/AIDS.* Jakarta, Indonesia: DEP. KES.

European Union, WHO, UNICEF, dan UNAIDS. 2006. *Epidemiological Fact Sheets: HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections*. Indonesia 2006 Revisi. Geneva, Switzerland: UNAIDS.

Gwatkin, D.R., S. Rutstein, K. Johnson, R.P. Pande, dan A. Wagstaff. 2000. *Socio-economic differences in health, nutrition, and population.* HNP/Poverty Thematic Group. Washington, D.C.: World Bank.

Hill, K., K. Thomas, C. AbouZahr, N. Walker, L. Say, M. Inoue, E. Suzuki. 2007. *Estimates of maternal mortality worldwide between 1990 and 2005*: An assessment of available data (on behalf of the Maternal Mortality Working Group). *The Lancet* 370(9595): 1311-1319.

National AIDS Commission (NAC). 2007. *The 2007-2010 HIV and AIDS Response Strategies.* Jakarta, Indonesia: NAC.

Pan American Health Organization (PAHO)/World Health Organization (WHO). 2003. *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*. Washington, D.C: Pan American Health Organization.

Ross, D., B. Dick, and J. Ferguson (eds.). 2006. *Preventing HIV/AIDS in young people: A systematic review of the evidence from developing countries.* UNAIDS interagency task team on HIV and young people. (WHO technical report series no. 938). Geneva: World Health Organization**.**

Rutenberg, N., and J. Sullivan. 1991. *Direct and indirect estimates of maternal mortality from the sisterhood method. In Proceedings of the Demographic and Health Surveys World Conference, Vol. 3, 1669-1696*. Columbia, Maryland: IRD/Macro International Inc.

UNICEF. 2006. *Child protection information sheets.* New York: UNICEF.

United Nations General Assembly. 2001. *Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration: Report of the Secretary-General*. New York: United Nations General Assembly.

United Nations General Assembly. 2002. *Building a world fit for children: The United Nations General Assembly Special Session on Children, 8-10 May, 2002*. New York: United Nations General Assembly.

Westoff, C.F., dan L.H. Ochoa. 1991. *Unmet need and demand for family planning.* DHS Comparative Studies No. 5. Columbia, Maryland: Institute for Resource Development.

WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. 2004. *Meeting on the MDG Drinking Water and Sanitation Target: A Mid-term Assessment of Progress*. New York: World Health Organization and United Nations Children's Fund.

WHO/UNICEF Joint Monitoring Programme for Water Supply and Sanitation. 2005. *Water for life: Making it happen*. Geneva: World Health Organization and United Nations Children's Fund.

World Health Organization (WHO). 2005. *Guiding principles on feeding nonbreastfed children 6 to 24 months of age*. Geneva: World Health Organization.